

Aus der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (Direktor: Prof. Dr. *M. Bleuler*)
Arbeit unter Leitung von Prof. Dr. *J. Lutz*, Direktor des kinderpsychiatrischen Dienstes

Elektiver Mutismus im Kindesalter

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der medizinischen Fakultät
der Universität Zürich

vorgelegt von
ALFRED MISCH
von Zürich

Genehmigt auf Antrag von Prof. *M. Bleuler*

Zürich 1952
Druck von Benno Schwabe & Co.
Basel



Erschienen in der Zeitschrift für Kinderpsychiatrie
Jahrgang 19, Heft 2, 1952, Seite 49

Einleitung

Wie aus der Literaturbesprechung dieser Arbeit hervorgeht, fehlt es nicht an Beschreibungen von psychogenen Schweigern im Kindesalter. Wenn wir uns jedoch in diese in der Literatur aufgezeichneten Fälle vertiefen, werden wir inne, daß dieselben fast durchwegs sehr lückenhaft beschrieben sind – eine Ausnahme bildet *Ballys Fall* (1) von traumatischem Mutismus –, so daß es nicht möglich war, einen einheitlichen Gesichtspunkt, von dem aus das bisher vorliegende Material hätte geordnet und verarbeitet werden können, zu gewinnen. So kam auch *Spieler* (2), trotzdem er sich der Mühe unterzogen hatte, rund 50 Fälle von Mutismus zusammenzutragen und sie um einige seiner eigenen Beobachtung zu vermehren, nicht über die Vermutung hinaus, daß diese eigenartigen und mannigfachen Krankheitsbilder als neurotische Verhaltensweisen anzusehen seien. In seinem Lehrbuch der Kinderpsychiatrie bietet *Tramer* (3) eine zusammenfassende Darstellung der bisherigen Meinungen über diesen Gegenstand.

Es ist das Verdienst *A. Webers* (4), einen wie uns scheint wesentlichen Beitrag zu dieser fehlenden Grundkonzeption in Form einer neuen, nach einem einheitlichen Gesichtspunkte geordneten Einteilung in seiner 1950 erschienenen Arbeit «Zum elektiven Mutismus der Kinder» gegeben zu haben. Er beschrieb 4 eigene Fälle von elektivem Mutismus und zeigte durch deren vergleichende Auswertung verschiedene neue Perspektiven auf. Bei seinen 4 Mutisten wies er alle Kennzeichen einer Kinderneurose nach. Wenn die Webersche Theorie über den Mutismus bestätigt und ausgebaut werden kann, wäre für das Verständnis dieser an sich seltenen, aber für die be-

troffenen Kinder und ihre Umgebung sehr bedeutungsvollen Krankheitsbilder viel gewonnen.

Es stellte sich also aus dieser Sachlage die Forderung, erstens weitere Fälle von Mutismus zu sammeln und in möglichst umfassender Weise zu beschreiben, und zweitens an denselben die Webersche Konzeption und Einteilung zu prüfen, um so, wenn möglich, die neuen Gesichtspunkte zu konsolidieren und zu ergänzen.

Mit der nachfolgenden Darstellung und Beurteilung von 4 neuen Fällen von Mutismus aus der Beobachtungsstation Kinderheim Brüschhalde, Männedorf, versuchten wir, dem Bedürfnis nach weiterer Abklärung dieser Probleme nachzukommen.

Kurzer historischer Überblick über die deutschsprachige Literatur

- 1877 *Kussmaul*. Schon 1877 verwendet Kussmaul (5) in seinem Buche «Die Störungen der Sprache» den Ausdruck «Aphasia voluntaria», welche letztere er als noch in die physiologische Breite fallende Dyslogie bezeichnet. Dabei sollen sich geistig gesunde Leute zu dieser Stummheit, Mutitas sive Aphasia voluntaria verdammen, um religiöse Gelübde zu erfüllen oder aus anderen Motiven, die sie verschweigen. Nach Kussmaul können solche Menschen zwar reden, aber sie wollen nicht. (Offenbar hatte der Autor bei dieser Beschreibung Charaktere mit zwangshaften Zügen im Auge.) Kussmaul führt des weitern 3 Fälle auf, bei denen infolge eines großen Schreckens die Sprache für kurze Zeit verloren ging.
- 1893 *Gutzmann*. In seinen «Vorlesungen über Störungen der Sprache und ihre Heilung» behandelt Gutzmann (6) im Jahre 1893 die «freiwillige Stummheit» unter den dyslogischen Sprachstörungen. Auch nach seiner Ansicht können bei der «Aphasia voluntaria» die Betreffenden zwar reden, wollen aber nicht. Gutzmann hält in dem von ihm beschriebenen Fall eine psychische Depression als Ursache des Mutismus.
- 1897 *Truepper*. Einen vorbildlich ausgeführten Rapport veröffentlicht Truepper (7) 1897 über einen Knaben mit Sprechhemmungen auf psychopathischer Grundlage.
- 1898 *Liebmann*. In seinen «Vorlesungen über Sprachstörungen» bespricht Liebmann (8) 1898 vorübergehende Schweiger, die als Hauptsymptome Stottern und Stammeln aufwiesen.
- 1910 *Stern*. In einem auf der 81. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Salzburg im Jahre 1909 gehaltenen Vortrage gibt Stern (9) eine Einteilung der verschiedenen Formen der Stummheit, an deren Schluß er gesondert noch «einige Affektiven» zusammenfaßt, «die zwar im engeren Sinne nicht zur Stummheit gehören». Die unter diesem Titel als erste erwähnte «Aphasia voluntaria» bezeichnet er als eine Form von Stummheit, «welche sich dadurch charakterisiert, daß die Betreffenden zwar reden können, aber es nicht wollen».
- 1912 *Nadoleczny* (10) nimmt die Ausdrücke «freiwilliges Schweigen» und später auch «Aphasia voluntaria» in seinem 1912 erschienenen «Lehrbuch der Sprach- und Stimmheilkunde» auf.
- 1926 *Froeschels*. In «Stimme und Sprache in der Heilpädagogik» berichtet Froeschels (11) im Jahre 1926 von einer 7jährigen Patientin, die plötzlich nach Entlassung ihrer Erzieherin verstummt und von ihm in kurzer Zeit mittels einer Hypnosekur geheilt worden sei.
- 1927 *Kistler* (12) referiert in seiner aus dem Jahre 1927 stammenden Veröffentlichung «Ein bemerkenswerter Fall von freiwilligem Schweigen im Kindesalter» ausführlich über die erfolgreiche Therapie eines 11jährigen Knaben, der wegen seines langsamen und ungeschickten Sprechens zu Beginn der Schulzeit von den Mitschülern verspottet worden war und darauf das Reden für 4 Jahre vollständig aufgab, während er sich daheim mit seinen Angehörigen normal verständigte. Einer Hilfsschullehrerin sei es

- indessen gelungen, durch feinfühlig, aber energische Kritik den Patienten bald zu lautem und eindrucksvollem Sprechen zu bringen. Nach Kistler liegt der Erfolg einzig im Behandlungsprinzip.
- 1927 *Heuyer und Morgenstern*. Im selben Jahre publizieren Heuyer und Morgenstern (13) einen Fall eines 9jährigen Deblilen, der erst mit 3½ Jahren zu reden begann und vom 5. Lebensjahre an, bis zu welchem er ordentlich gesprochen hatte, dem Vater gegenüber nach und nach verstummte. Die 3 Monate dauernde und erfolgreiche Psychoanalyse des Knaben, der die Mutter für sich allein haben wollte, soll als Sinn des Schweigens eine Selbstbestrafung wegen Todeswünschen gegen den Vater ergeben haben.
- 1928 *Rothe* (14) beschreibt ein Jahr später 2 Schweiger unter dem Titel «Sprachscheue Kinder» und empfiehlt sprachliche Förderung durch frühestmögliche Aufnahme in eine Sonderklasse für sprachgestörte Kinder.
- 1932 *Heinze*. Bei Durchsicht der modernen Literatur stoßen wir auf die 1932 erschienene Publikation Heinzes (15) über «Freiwillig schweigende Kinder». Heinze untersucht seine 3 Fälle besonders von der charakterologischen Seite und beschreibt sie als selbstunsichere, verlegene, passiv eigensinnige, negativistische Kinder, aus erzieherisch minderwertigem Milieu, verängstigt, stark sensitiv, mit Agape-Reichtum, mild und mitleidig, liebefähig und hingabebedürftig. Heilpädagogisch empfiehlt er Ausschaltung schädigender Umwelteinflüsse, langsame Gewöhnung an das ungewohnte Milieu, Förderung des aktiven Sichdurchsetzens und Nichtbeachtung der Sprechstörungen. – Nach ihm ist auch der sogenannte Heinzesche Mutismus benannt, der immer dann in Erscheinung tritt, wenn das Kind in eine neue Umgebung versetzt wird.
- 1934 *Lesch*. Am 4. Kongreß der deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde behandelt Lesch (16) 1934 die heilpädagogische Therapie eines freiwilligen Schweigers und zeigt, wie der Patient von stimmlosen Artikulationsübungen über die Flüstersprache zur lauten, stimmhaften Sprache und schließlich vom Lesen zum spontanen Sprechen mit einem allmählich erweiterten Personenkreis geführt wurde.
- Ziehen*. In der darauffolgenden Diskussion betont Ziehen die Wichtigkeit des Begriffes der depressiv-psychotischen Konstitution, anlagebedingter Traurigkeit, Ängstlichkeit und überwertiger Vorstellungen.
- Tramer*. In seinem 1934 erschienen Aufsatz «Elektiver Mutismus bei Kindern» schildert T. (17) die Therapie eines 7jährigen, normal entwickelten Knaben. – Unter elektivem «Mutismus» versteht er jene Form des partiellen Mutismus, die nur gegenüber einem ausgewählten, umschriebenen Kreis von Personen auftritt. – Auf den beschriebenen, elektiv in der Schule mutistischen Knaben wurde durch energischen Appell an dessen Ehrgeiz (Rückversetzung in die erste Klasse) sowie durch suggestive Beeinflussung von seiten der Mutter eingewirkt. Voller Behandlungserfolg soll sich in 3 Wochen eingestellt haben.
- 1936 *Bally*. Unter dem Titel «Ein Fall von traumatischem Mutismus» beschreibt Bally (18) im Jahre 1936 in hervorragender Weise einen traumatischen Neurosefall mit hysterischem Charakter, bei dem durch ein Schreckerlebnis traumatischer Mutismus, motorische Gesperrtheit, Appetitlosigkeit, Erbrechen und Nachtängste ausgelöst wurden. Heilung soll in 82 über 10 Monate verteilten psychotherapeutischen Stunden erfolgt sein, wobei Bilderkleben und Zeichnen als therapeutische Hilfsmittel eine bedeutungsvolle Rolle gespielt haben sollen. – Die psychoanalytische Auswertung ging dahin, daß das Trauma eine regressive Aktivierung des Oedipuskomplexes provoziert habe, die dadurch aufgetreten sei, «daß das Vertrauen in die objektive Gültigkeit der Werte und Maße der Latenzzeit durch den Unfall erschüttert wurde». Hinter dem Pavor nocturnus vermutet Bally ein Urszenenerlebnis.
- 1936 *Waterink und Vedder* (19) beschreiben in einer 1936 erschienenen Arbeit 3 Fälle von «thymogenem Mutismus», worunter sie ein Schweigen verstehen, das sich nach einem starken affektiven Stoß infolge eines plötzlich auftretenden psychischen Traumas einstellt (vgl. Bally «traumatischen Mutismus»). Das Fehlen hysterischer Stigmata vor und während der Krankheit veranlaßt Waterink und Vedder den «thymo-

genen Mutismus» abzutrennen. Dieselben Verfasser systematisieren die Schweiger folgendermaßen:

Hysterischer Mutismus, bei Kindern selten vorkommend.

Elektiver Mutismus («Freiwilliges Schweigen»). Schweigen des Kindes in einem gewissen Milieu, in Anwesenheit gewisser Personen.

Heinzescher Mutismus, dem ein sensitiver Charakter mit asthenischer Reaktion zugrunde liegt. Das Kind reagiert bei jedem Milieuwechsel durch stummes Verhalten.

Neurotischer Mutismus, der durch eine Angstneurose ausgelöst wird.

Thymogener Mutismus, der als Ursache einen plötzlichen, heftigen Affekt hat, ohne daß hysterische Stigmata aus der Anamnese festzustellen wären.

Ideogener Mutismus, welcher auf der Idee beruht, daß das Stimmorgan krank sei.

1944 *Spierer*. In neuester Zeit, im Jahre 1944, erwirbt sich Spierer (20) das große Verdienst, ca. 50 Fälle von Mutismus gesammelt, diese um einige eigene Fälle erweitert und dieses umfangreiche Material auf breiter Basis ausgewertet zu haben. Als im Vordergrund stehend und wesentlich betont er bei seinen eigenen Fällen die «neurotische Persönlichkeit» der kleinen Mutisten.

1945 *Tramer*. In seinem Werk «Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie» gibt Tramer (21) eine Zusammenfassung der bisherigen Lehrmeinungen über den Mutismus. Er beschreibt die mutistischen Kinder als empfindlich («sensitiv»), leicht verletzlich gegenüber Spott, ferner als scheu und furchtsam. Unter den Persönlichkeitstypen seien besonders solche von asthenischer, neuro- oder psychopathischer Artung vertreten. Tramer hält, bei dem in seiner Kasuistik aufgeführten Fall von Mutismus (Nr. 11), denselben für eine pathologische Fixierung der frühestinfantilen Scheu vor fremden Erwachsenen und spricht von einem auf Grund von heredo-familiärer Anlage abnorm lange festgehaltenen archaischen Abwehrreflex.

1950 *Weber*. Die neueste Publikation über diesen Gegenstand stellt Webers (22) 1950 erschienene Arbeit «Zum elektiven Mutismus der Kinder» dar. Der Autor berichtet über 4 Fälle mehr oder weniger intelligenzschwacher Patienten mit elektivem Mutismus, an denen er alle Kennzeichen einer Kinderneurose aufweist. Er betont eine ausgesprochene Disposition zu Stuporreaktionen und Depression, eine abnorm starke Mutterbindung und, wahrscheinlich damit im Zusammenhang, ausgeprägte orale Züge. Nach Weber stellt der elektive Mutismus eine Regression auf die frühkindliche Stufe des sprachlich-sozialen Verhaltens dar. Der totale Mutismus, vor allem als Schreckreaktion auftretend, wäre dann als Regression in die Zeit vor dem Sprachbeginn aufzufassen. Der elektive Mutismus erweise sich in der Mehrzahl der Fälle als ein Durchgangsstadium vom totalen Mutismus zur Gesundheit, das unter Umständen neurotisch fixiert werde; selten entstehe er als unvollkommene Regression auf Schreckerlebnisse, häufiger primär als Neurose.

Weber unterscheidet einen einfach-reaktiven und einen neurotischen Mutismus, von denen jeder total oder elektiv und zudem hysterisch-demonstrativ oder nicht sein kann.

Krankengeschichte Nr. 1

Der 7 Jahre alte Rolf wurde von seinen Eltern auf Anraten des Dorfschullehrers, bei dem er die erste Klasse repetierte, in die psychiatrische Poliklinik für Kinder und Jugendliche, Zürich, gebracht, weil er in der Schule nie ein Wort gesprochen hatte und seit vier Monaten auch zu Hause je länger je mehr gegenüber seinen Angehörigen, besonders gegenüber seiner Mutter, verstummt war. Der Knabe wurde in das Kinderheim Brüschtal aufgenommen und 9 Monate später geheilt entlassen.

Vorgeschichte. Rolf verbrachte seine Kinderjahre auf einem abgeschiedenen Bauernhof mittlerer Größe. Er ist das zweitälteste Kind aus einer Familie mit 4 Kindern.

Der Vater, 41jährig, ist auf demselben Bauernhof, den die Familie heute bewohnt, aufgewachsen. Er besuchte 9 Jahre die Schule, wo er keine Schwierigkeiten gehabt habe. Er heiratete mit 32 Jahren und führe eine harmonische Ehe. Er ist als rechtschaffen und solid bekannt, zeigt ein wortkarges, verschlossenes Wesen und wird ein wenig als Sonderling angesehen. Rolf gegenüber zeige er sich sehr milde.

Vom Großvater väterlicherseits wurde uns berichtet, daß er vor nicht sehr langer Zeit verstorben sei und die Familie zeitlebens durch seinen Geiz und sein selbstherrliches Wesen tyrannisiert habe.

Die Großmutter väterlicherseits lebt heute noch auf dem Hof, sei ebenfalls geizig, sonst unauffällig.

Ein jüngerer Bruder des Vaters, der ebenfalls im selben Haushalt lebt, sei in frühester Jugend «gichtkrank» gewesen. Er soll dadurch geistig unterentwickelt und in seiner sprachlichen Entwicklung gestört worden sein, so daß er nicht recht sprechen gelernt habe (organischer Hirnschaden in frühem Kindesalter, Meningitis?).

Die Mutter Rolfs, 32jährig, besuchte die Schule 8 Jahre. Sie scheint umgänglich und verständig, wenn auch etwas stumpf und nur mäßig intelligent zu sein. Ihre Eltern sowie ihre drei Schwestern seien unauffällig. Sie selbst habe erst mit ca. 3 Jahren und mit Mühe sprechen gelernt, ebenso ihr Bruder. Der 8jährige Bruder Rolfs habe erst mit $3\frac{1}{2}$ und seine um 11 Monate jüngere Schwester mit 3 Jahren zu sprechen begonnen. Letztere soll mit 7 Jahren noch genäßt haben. Rolfs jüngstes, 4jähriges Schwesterchen habe sich bis dahin ganz unauffällig entwickelt. Eine gewisse Scheu sei allen vier Kindern eigen.

Die frühkindliche Entwicklung Rolfs sei unauffällig verlaufen. Muttermilch habe er nur ein paar Tage lang erhalten. Ein Sturz als Kleinkind über die Kellertreppe hat außer einer Narbe an der rechten Stirnseite keine nachweisbaren Folgen gezeitigt. An Krankheiten habe er Grippe und Keuchhusten durchgemacht. Hervorgehoben sei, daß auch Rolf erst mit $2\frac{1}{2}$ Jahren, und zwar zusammen mit seinem um 1 Jahr älteren Bruder, richtig zu sprechen begonnen habe. Er habe sich mit den andern Kindern getummelt und sei immer etwas scheu, besonders gegenüber Fremden, gewesen. Es habe immer eine Weile gedauert, bis er aus dieser Zurückhaltung herausgetreten sei. Im übrigen sei er ein weicherherziges, fröhliches, meist gut gelauntes Kind gewesen. Niemanden in der Familie habe er besonders gescheut, obwohl er auch gegenüber den Familienmitgliedern etwas zurückhaltend, aber doch ein anhängliches Kind gewesen sei. Mit den Nachbarskindern habe Rolf früher ohne weiteres geschwatzet und gespielt. Spontan habe er allerdings eher selten gesprochen, man habe ihn meist zuerst anreden müssen.

Zum erstenmal benahm sich Rolf mit drei Jahren auffällig, als er mit Bruder und Schwester erstmals in die Sonntagsschule geschickt wurde, nachdem er erst ein halbes Jahr zuvor zu sprechen begonnen hatte. Auf dem Wege dorthin, der, wenn man eine Abkürzung durch einen lichten Wald benützt, ca. 20 Min. beansprucht, soll Rolf mit den Kindern zwar noch gesprochen haben. In der Sonntagsschule selbst jedoch habe er keinen Laut mehr von sich gegeben. Er habe auch in der Folgezeit, während der er die Sonntagsschule besuchte, kein einziges Mal den Mund aufgemacht. Die Eltern glaubten, Rolf würde dieses Schweigen allmählich von selbst aufgeben, worin sie sich aber getäuscht sahen. Die Leiterin der Sonntagsschule, ein Frl. N., habe er, wie er später einmal erzählte, nicht gern gehabt; die Ursache dafür ist nicht bekannt. Als Rolf mit 6 Jahren nach X. in die Schule geschickt wurde – das Schulhaus war dasselbe, in dem die Sonntagsschule abgehalten worden war – soll er die Lippen zusammengepreßt und auch dort von Anfang an kein Wort gesprochen haben. Den langen Schulweg habe er meistens mit seinem Bruder, selten allein, zurückgelegt.

Der Dorfschullehrer schrieb in seinem Bericht über Rolf:

«... Trotzdem ich anfänglich öfters versuchte, Rolf durch überraschende Fragen oder Anreden zum Reden zu bringen, gelang es mir nie, ihm auch nur ein Wort zu entlocken. So versuchte ich hie und da beim Adieusagen Rolf zu einer Äußerung zu bewegen, indem ich seine Hand in der meinen behielt, in der Erwartung, daß er wenigstens das Wörtlein ‚Adie‘ über seine Lippen bringe. Ich mußte aber seine Hand jedesmal rasch fahren lassen, weil ihm die Tränen kamen. Auf andere Mittel, ihn zum Sprechen zu bringen, verzichtete ich. Strafen irgendwelcher Art kamen nie zur Anwendung. Im mündlichen Unterricht führte sich Rolf als völlig Unbeteiligter auf, d. h. er sah sich im Zimmer um oder spielte mit seinen Schulsachen. Hin und wieder kam ein bißchen Übermut zur Geltung. Seine schriftlichen Arbeiten waren gut. Er war meistens der Fleißigste seiner Klasse ...»

Rolf sei aber, wie man von den Eltern erfuhr, nicht etwa besonders ungern zur Schule gegangen. Er habe aber nicht einmal seinem Bruder, zu dem er in einem sehr guten Ver-

hältnis stehe, anvertraut, warum er mit dem Lehrer nicht rede. Im übrigen habe sich Rolf in der Schule nicht besonders ängstlich gezeigt. Sein Benehmen sei, abgesehen von seinem hartnäckigen Schweigen, unauffällig gewesen. Er habe seine Arbeiten still und gewissenhaft ausgeführt und sich vom Spiel in der Schulpause nicht zurückgezogen, wobei er auch etwa, zwei seiner Kameraden ausgenommen, mit den Kindern geschwätzt habe. Die Gründe für die besondere Behandlung der beiden Kameraden konnte niemand herausbringen.

Vom Lehrer erfuhr man noch, daß auch der um ein Jahr ältere Bruder Rolfs bei seinem Eintritt in die erste Klasse 14 Tage geschwiegen habe. Noch heute sei derselbe im sprachlichen Ausdruck ungewandt und ein schlechter Leser. Es falle ihm oft schwer, mehrere Wörter hintereinander zu sagen, ohne dazwischen zu stolpern. Er habe ein mangelhaftes Sprachgefühl und stoße sich nicht an groben Sprech- und Lesefehlern, die ihm unterlaufen. Er sei scheuer gewesen als Rolf, welcher letzterer als Kleinkind in kürzerer Zeit alles und deutlich gesprochen habe als sein Bruder. Ähnliche Schwierigkeiten wie dieser Bruder habe auch seine Schwester in der ersten Klasse gezeigt. Der Lehrer habe schon nach Ablauf des ersten Schuljahres den Eltern Rolfs vorgeschlagen, ihn psychiatrisch untersuchen zu lassen, welcher Rat aber seinerzeit zurückgewiesen worden sei. Im zweiten Schuljahr, als Rolf nochmals die erste Klasse repetierte, habe er sich bedeutend freier gegeben, die Mimik sei gelöster geworden und er habe auch nicht mehr die Lippen so fest aufeinandergepreßt. Sein Schweigen habe er jedoch während des Unterrichts nie gebrochen.

Nebenbei sei noch erwähnt, daß ein Drittel der in X. die Schule besuchenden Kinder debil gewesen sein soll.

Daheim gab man sich alle Mühe, daß Rolf in der Schule trotz seinem Schweigen mitkam. So lehrte ihn die Mutter lesen, was ziemlich mühevoll gewesen sein soll, da er daran keine Freude gehabt habe. Sobald die Mutter etwas ungeduldig und streng geworden sei, habe er zu weinen begonnen. Er sei aber jeweilen rasch wieder getröstet gewesen, worauf die alte kindliche Fröhlichkeit sich wieder Bahn gebrochen habe. Weitere Einzelheiten über diese Nachhilfe sind nicht bekannt. Ungefähr ein Jahr nach Rolfs Eintritt in die Volksschule mußten seine Eltern zu ihrem nicht geringen Schrecken feststellen, daß er anfang, auch gegenüber Familienmitgliedern zu verstummen. Als nämlich die Großmutter mütterlicherseits im Frühjahr auf Besuch kam, habe Rolf auch mit ihr von Anfang an kein Wort gesprochen, obwohl er sich früher keineswegs stumm zu ihr verhalten habe. Diese Großmutter hatte seinerzeit an deren Wohnort mit dem älteren Bruder Rolfs, weil er mit $3\frac{1}{2}$ Jahren noch nicht gesprochen habe, einen Arzt aufgesucht. Derselbe habe damals dem Buben Tropfen verschrieben, die gewirkt haben sollen. Auch Rolf soll seinerzeit von seiner Mutter von diesem Medikament bekommen haben. Die Großmutter nahm nun Rolf für 14 Tage mit sich in die Ferien, während welcher Zeit er kein Wort gesprochen, sich im übrigen aber ganz unauffällig benommen, nicht die geringsten Hemmungen der Großmutter gegenüber gezeigt habe und lieb und folgsam gewesen sei. Wieder heimgekehrt, habe er wiederum zu den Eltern gesprochen wie vorher, aber mit keiner Silbe angegeben, warum er gegenüber der Großmutter geschwiegen hatte. Als im Sommer desselben Jahres ein kleiner Vetter auf Besuch kam, habe Rolf auch zu diesem kein Wort gesprochen, obwohl der Cousin im gleichen Zimmer wie er schlief und die beiden Knaben tagsüber immer zusammen spielten. Hingegen habe Rolf einem jungen Knecht gegenüber, der zur Aushilfe auf dem Hofe weilte, nicht die geringste Sprechhemmung gezeigt. Lieber als der Mutter im Haushalt half er, wenn auch ungleich gern, dem Vater in der Landwirtschaft, wo er zu jener Zeit auch das Melken erlernte.

An einem Spätsommertag desselben Jahres, an dem der Vater vom Hofe abwesend war, wurde Rolf von seiner Mutter zur Feldarbeit angehalten. Dazu hatte der Knabe offenbar keine rechte Lust. Auf alle Fälle soll er der Aufforderung keine Folge geleistet haben, was die Mutter dazu verleitet habe, ihn «etwas an den Ohren oder an den Haaren zu nehmen». Von Stund an redete Rolf kein Wort mehr mit ihr, ohne sich aber im übrigen etwa schmolend oder ängstlich von ihr zurückzuziehen. In kindlicher Weise habe er sich auch weiterhin an sie gehalten, z. B. wenn er einen Wunsch von ihr erfüllt haben wollte. Er wandte ihr gegenüber hinfort die Gebärdensprache an und zog sie mit sich, wenn er ihr etwas zeigen wollte. Gegenüber dem Vater und den Geschwistern sei er jedesmal vollkommen

verstummt, wenn die Mutter in die Nähe gekommen sei und es hätte hören können. Weder zum Vater, an dem er am meisten gehangen habe, noch zu sonst jemandem habe er je etwas über den Grund seines Schweigens, z. B. gegenüber der Mutter, verlauten lassen. Auf diesbezügliche vom Vater wiederholt gestellte Fragen habe er stets auch diesem gegenüber mit Verstummen reagiert und das Schweigen erst wieder gebrochen, wenn dieses Thema fallen gelassen worden sei. Mit dem Vater habe Rolf immer ungehemmt gesprochen, vorausgesetzt, daß dieser allein mit ihm gewesen sei. An den Besuchstagen in der Schule, an denen offenbar letztere Bedingung nicht erfüllt war, soll er bezeichnenderweise auch gegenüber dem Vater verstummt sein. Auch mit seinen Geschwistern habe Rolf gesprochen, aber nur mit jedem einzeln. Er verstummte, wenn das Zwiegespräch durch das Dazukommen einer Drittperson gestört wurde, auch wenn dieser Dritfte noch zu jenem Kreis von Personen gehörte, mit dem er sprach. Es schien, als ob er, je stummer er sich gab, um so lebhafter mit den Geschwistern spielte. Dabei sei, besonders seit er das Schweigen gegenüber der Mutter aufgenommen habe, ein gewisser Zug, die andern Kinder zu necken und still zu stoßen, aufgefallen, ohne daß er direkt streitsüchtig gewesen sei.

Innerhalb des nächsten Monats habe er auch gegenüber seiner Großmutter väterlicherseits und seinem Paten, dem debilen jüngeren Bruder des Vaters, die beide im selben Haushalt leben, den sprachlichen Kontakt aufgegeben. Man habe ihn wohl gelegentlich gescholten ob seiner Unsitte, aber man habe es angeblich vermieden, ihn deswegen zu strafen, aus Angst, das Übel damit nur zu vergrößern. Der Vater habe ihm im Gegenteil versprochen, alle seine Wünsche zu erfüllen, wenn er wieder mit allen zu sprechen beginne, was auf Rolf aber nicht den geringsten Eindruck machte. Auch als man ihm gedroht habe, er müsse von zu Hause fort in ein Kinderheim, nahm er dies ohne die mindeste äußere Anteilnahme auf, ebenso wie die Drohung, die Klasse repetieren zu müssen.

Untersuchungsbefunde und Behandlung in der Beobachtungsstation.

Bei der ersten ärztlichen poliklinischen Untersuchung, zu der der kleine Patient von seinen Eltern gebracht wurde, berichteten diese, Rolf habe in der Schule noch nie gesprochen und sei auch sukzessive gegenüber einem Großteil seiner Familienangehörigen, besonders gegenüber der Mutter, in den letzten Monaten vollständig verstummt. Er habe auch auf der ganzen Reise hieher keinen Laut von sich gegeben. Rolf selbst zeigte sich weder besonders gehemmt noch erstaunt, ließ die Untersuchung willig über sich ergehen und kam allen Anforderungen ohne weiteres nach. Die Konsequenz, mit der er sein Schweigen wahrte und sogar die Laute herauszugeben vermied, kam z. B. beim Zeigen des Rachens zur Geltung, wobei es unmöglich war, ihm das übliche «aaa» zu entlocken.

Rolf ist ein eher großer Knabe (5 cm über der Altersnorm), von gemischtem, eher asthenischem Konstitutionstyp und etwas mädchenhaft-weichen Körperformen. Sein Gewicht war 1 kg über dem Durchschnitt. Irgendwelche krankhafte Organbefunde konnten nicht erhoben werden. Außer einer etwas erhöhten Reflexerregbarkeit war auch das zentrale und periphere Nervensystem ganz normal. Gehör und Wortverständnis waren o. B. Der Patient zeigte Handschweiß und leichtes Lidflattern.

In den ersten Tagen nach der Aufnahme in das Kinderheim war Rolf eher bedrückt. Es war, als ob er überhaupt nicht lachen könnte. Bald jedoch fing er an, sich an den Gemeinschaftsspielen zu beteiligen, bei denen er zuerst nur von der Ferne zugeschaut hatte, und man gewann den Eindruck, daß er sich hier glücklich fühle, trotzdem er von Anfang an kein Wort zu irgend jemandem sprach. Er nahm regen Anteil am Leben und Treiben im Heim. Er schien nicht besonders gehemmt, zeigte sich über nichts erstaunt und kam allen Anforderungen nach. Heimweh schien er nicht zu haben, und er weinte nie, wenn die Angehörigen, nachdem sie auf Besuch gekommen waren, sich wieder verabschiedeten. Als er später einmal nach einem schmerzhaften Sturz laut weinte, wirkte dies bei seinen Kameraden als Sensation, weil er zum ersten Mal hörbare Laute von sich gab. Man konnte aus seinem Verhalten auch nicht annehmen, daß er unter seinem Schweigen etwa besonders litt. Im Hause machte er nie die geringsten Schwierigkeiten. Wünschte er irgend etwas, so machte er sich durch Zeichen und Gebärden verständlich. Stellte man eine Frage an ihn, die er nicht mit Kopfnicken bzw. -schütteln beantworten konnte, so tat er, als

höre er nicht. Bei den Kindern hatte er sich durch sein Schweigen bald ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt. Er schloß sich auch nicht etwa von seinen Kameraden ab, sondern war meistens in Gesellschaft. Trieben die andern Unfug oder spielten Streiche, hatte er, ohne sich je selbst zu beteiligen, seine stille Freude daran, der er durch ein heimlich-verschmitztes Lächeln Ausdruck verlieh. Von Minderwertigkeitsgefühlen merkte man ihm nichts an. Er wurde sozusagen nie in einen Streit verwickelt. Die Kinder schienen ihn zu lieben. Sie respektierten sein Schweigen, nahmen auf ihn Rücksicht und wetteiferten, ihm behilflich zu sein. Drohte ihm Gefahr, so wurde er meist von allen in Schutz genommen. Er selbst tat, mit Ausnahme kleiner Neckereien, niemandem etwas zuleide, trat auch im Spiel nie prahlerisch oder rechthaberisch hervor, sondern fügte sich oder verließ still den Spielplatz. Als die Kinder einmal aufgefordert wurden, ihre Fehler auf einen Zettel zu schreiben, vermerkte er nur: «Ich rede nicht.» Was er unternahm, schien von intelligenter Überlegung gesteuert. Wir gewannen den Eindruck, daß er über eine gute Auffassungsgabe und Begriffsbildung verfüge. Wie groß sein Begriffsschatz war, konnten wir unter den obliegenden Umständen natürlich nicht genau abklären. Das Gedächtnis und die sinnliche Auffassung schienen intakt zu sein. Was seine Affektivität betrifft, abgesehen von dem schon Geschilderten, so fiel, besonders in der ersten Zeit, ein Fehlen jeder mimischen Reaktion auf. Rolf war den Erwachsenen gegenüber zunächst scheinbar eher kontaktlos. Er entzog sich ihnen nicht direkt, suchte sie anderseits aber auch nicht. Mit der Zeit trat er aber mehr aus sich heraus, so daß man allmählich trotz seinem Schweigen den Eindruck einer bessern Beziehung mit ihm gewann. Negativismus war, wenn man ihn nicht als am Schweigen mitbeteiligt annehmen will, keiner festzustellen. Seine Stimmung war im allgemeinen indifferent-gleichgültig. Wir stellten keine Zeichen einer depressiven Verstimmung bei ihm fest. Auch keine Denkhemmung schien vorzuliegen. Beim Krippenspiel an Weihnachten machte er als Statist offenkundig mit lebhafter innerer Anteilnahme mit, sprach und sang aber kein Wort.

So ging es ein Vierteljahr. Trotz allen während dieser Zeit unternommenen Versuchen, Rolf durch List und andere Methoden zum Sprechen zu bringen, war ihm nie auch nur ein Laut zu entlocken gewesen. Es wurde ihm nun eröffnet, daß er heimgehen dürfe, sobald er mit allen spreche, worauf er mit lebhaftem Kopfnicken bekundete, daß er gerne nach Hause ginge. Es schien daher die Zeit für gekommen, eine systematische Offensive gegen Rolfs Schweigen zu unternehmen: Als er wegen einer leichten grippalen Krankheit im Bett lag, wurde er unter Hinweis auf sein Nicht-reden-Können für schwerkrank erklärt. Es wurde ihm dargetan, daß es für seine Gesundung notwendig sei, daß er im Bett bliebe und daß er nun wieder wie ein kleines Kind sprechen lernen müsse. Um den Erfolg dieser Maßnahmen zu fördern, wurde ihm außerdem 6mal täglich ein Kaffeeöffel einer bitteren Arznei (Natr. chlorat. 10,0, Piper 1,0, Sir. Rubi idaei 50,0, aq. ad 500,0) verabfolgt, die er mit offensichtlicher Unlust zu sich nahm. Schon am nächsten Tag war seine Stellung erschüttert. Man begann nun systematische Sprechübungen mit ihm durchzuführen, trotzdem er ja längst korrekt sprechen konnte. Nach stundenlangen Bemühungen konnte er dahin gebracht werden, Konsonante und hauchende Vokale zu bilden, die allmählich zu Silben und Wörtern zusammengefaßt wurden. So war er z. B. in der Lage, nachdem jeder Buchstabe einzeln geübt worden war, seinen Namen zu flüstern. Wollte der kleine Mann in seinen Anstrengungen nachlassen, so wurde ihm mitgeteilt, daß man sich gezwungen sähe, das Medikament zu verstärken. Auf diese Weise gelang es endlich, ihn nach Überwindung vieler Hemmungen zu bewegen, mit dem Arzt in der Flüstersprache zu reden. Trat eine andere Person hinzu, so verschloß sich sein Mund, und seine Mimik erstarrte. Schließlich erreichte man mit dieser sog. «Einschleichmethode», daß er auch mit der Hausmutter und mit einem gleichaltrigen Mädchen sprach. Der Übergang vom Zwiegespräch mit dem Arzt zu einer Unterhaltung zu dritt, wobei noch obgenanntes Mädchen beigezogen wurde, fiel Rolf sehr schwer. Zuerst mußte das Mädchen ganz hinausgehen, dann erst unter die Bettdecke schlüpfen, bevor er auch nur Vokale hauchte, dann Worte flüsterte und endlich imstande war, mit abgewandtem Gesicht laut zu lesen. Schließlich lasen die Kinder gemeinsam aus einem Geschichtenbuch.

Beim Arzt erschien er, solange als man mit ihm keine Sprachübungen machte, freundlich lächelnd, und er schrieb auf Geheiß alle seine Antworten mit Vergnügen auf. Nachdem er

gemerkt hatte, daß es kein Auskneifen vor dem Sprechenmüssen gab, kam er jedesmal mit sichtlicher Hemmung. Hatte er dann aber einige Fortschritte gemacht, so atmete er jedesmal, nachdem er gesprochen hatte, erleichtert auf, und seine anfangs so gespannten Gesichtszüge lösten sich. Er fand Interesse an den «Übungen» und verließ mit strahlendem Gesicht den Arzt.

Von da ab waren aber immer noch Monate nötig, bis er allen Kindern gegenüber seine Sprechhemmung überwunden hatte und auch mit den Erwachsenen spontan sprach. Es kam nun vor, daß er sich mit den Kindern so laut unterhielt, daß man ihn ermahnen mußte, seine Stimme etwas zu dämpfen. Am längsten dauerte es, bis er sein Schweigen am Tisch brach und sich in der Schule zum Wort meldete. Er fand mit gesprächigen Kindern und Erwachsenen viel schneller den sprachlichen Kontakt als mit stillen und gehemmten Personen.

Über die Gründe befragt, die ihn veranlaßt hätten, immer mehr zu verstummen, sagte er nun, er habe sich einfach nicht getraut zu sprechen. Er habe schon etwa Angst gehabt, aber er wisse eigentlich nicht wovor. Sobald Rolf über Dinge gefragt wurde, die auf sein Schweigen Bezug hatten, wurde er regelmäßig einsilbig und verschlossen und sprach nur noch leise und sichtlich gehemmt. Er erholte sich aber jeweilen sofort wieder, sobald man dieses Thema, das ihm Unbehagen bereitete, fallen ließ.

Rolf besuchte bei uns im Heim die zweite Klasse und wurde in die dritte promoviert. Anfänglich konnten seine Leistungen nur bei schriftlichen Arbeiten kontrolliert werden. Der Lehrer hatte den Eindruck, daß Rolf noch mehr leisten könnte. Solange er nicht sprach, war er unaufmerksam und hantierte vielfach mit etwas, währenddessen er hätte mitüberlegen können. Die schriftliche sprachliche Ausdrucksform entsprach wohl als Folge der mangelnden mündlichen Übung keineswegs seinem Alter. Immer wieder machte er Fehler durch Buchstabenverwechslungen oder durch Auslassen von Vokalen. Disziplinarische Schwierigkeiten bereitete er in der Schule keine. Wurde er von Kameraden unfreundlich behandelt, so war er leicht unzufrieden und beleidigt. Nachdem er angefangen hatte zu sprechen, störte er den Unterricht öfters beträchtlich durch Zwischenhineinreden. Er komme gerne in die Schule bei uns, äußerte er einmal, zu Hause sei er deshalb nicht so gern zur Schule gegangen, weil ihm der dortige Lehrer nicht gefallen habe.

In der besonderen *Prüfung der intellektuellen Fähigkeiten* (nach Binet-Terman) am Ende der Behandlungszeit löste er die Basis für 6jährige sowie noch den Ball-im-Feld-Test für 12jährige. Während des Versuches war er auffällig bereitwillig und gar nicht gehemmt, obwohl er erst unmittelbar vorher mit dem Lehrer zu sprechen begonnen hatte. Er erreichte einen *Intelligenzquotienten von 112*, der noch höher ausgefallen wäre, wenn er bei den gestellten Aufgaben die sprachlichen Tests noch besser gelöst hätte, was ihm indessen wegen der mangelnden Übung trotz angestrebter Konzentration nicht möglich war.

Er zeichnete mit Vorliebe landschaftliche und bauerliche Motive, wobei eine gewisse Eigenwilligkeit verbunden mit Ausdrucksfähigkeit in der graphischen und farbigen Gestaltung auffiel. Spontan verzichtete er meistens auf die Darstellung von Menschen. Wenn er solche zeichnete, stellte er sie anfänglich auffallenderweise mit weit aufgerissenem Munde dar! Erst nachdem er wieder zu sprechen gelernt hatte, zeichnete er die Personen wieder mit geschlossenen Mündern. Ferner fällt ein ungeniertes Überstreichen einer früher gezeichneten Linie durch eine spätere auf. So zeichnete er z. B. einen übergroßen Christbaum und daneben in zu kleiner Proportion 2 Personen mit weit aufgerissenen Mündern, die er als seinen Bruder und seine ältere Schwester bezeichnete. Der Aufforderung, auch die Stube darum herum darzustellen, kam er so nach, daß er ein Haus um die ganze Szene zeichnete mit vielen Fenstern, die er ohne weiteres über den Baum hinweg malte. Je mehr er überdecken mußte, um so stärker drückte er. Auffallend ist hierauf, wie er zum Schluß die Berge wieder unbekümmert über das bereits zur Darstellung gebrachte Haus hinwegzeichnete. Es ist, wie wenn das bereits Vorhandene immer wieder vor dem Neuen in den Hintergrund treten, verdrängt oder eben zugedeckt werden mußte.

Eine weitere Eigentümlichkeit von Rolfs Zeichenblättern ist, daß sein Bruder öfters wie eine Art Wahrzeichen oben auf dem Blatt zur Darstellung kommt.

Im *Rorschachschen Formdeuteversuch* gab er 22 Antworten in 92 Min. Fast alles waren beschreibende, schulmäßige, nichtssagende Elementarantworten. Gelegentlich allerdings

überraschte er durch eigenwillige Originalität. Zeichen einer ausgesprochen neurotischen Haltung gingen aus dem Versuch nicht hervor.

Die durchschnittliche Reaktionszeit beim *Assoziationsexperiment nach Jung* betrug 4 Sek. Diese Verlängerung dürfte eine Folge des langen Schweigens sein. Inhaltlich ergaben die Antworten ebenfalls keine eindeutigen Hinweise auf eine Konfliktsituation. Immerhin fällt auf, daß bei Worten des Familienlebens, wie «Heiraten, Familie, Frau, Kind, Bruder, Scheiden», eine darüber hinaus verlängerte Reaktionszeit beobachtet wurde oder daß diese Worte bei der Wiederholung nicht mehr reproduziert werden konnten.

Für die Fabeln des *Testes nach Düss* brachte Rolf nicht viel Interesse auf. Nach jeder Frage zögerte er eine lange Weile mit der Antwort und versagte auf einige Fabeln vollends. Aufschlußreich erscheint uns die Antwort auf die erste Fabel, in der ein Sturm das von den Vögeln und dem kaum flügge gewordenen Vogelkind bewohnte Nest zu Boden wirft. Rolf meinte darauf nur: «Das Vögelchen hat sich vielleicht irgendwo versteckt.»

Nach 9monatigem Aufenthalt im Kinderheim wurde Rolf nach Hause entlassen. Es war selbstverständlich nötig, ihn mit aller Vorsicht in die Familie und in die Schule zurückzuführen.

Die Erkundigungen nach einigen Monaten ergaben, daß die Heilung angehalten hat, und daß Rolf sowohl zu Hause wie in der Schule anstandslos spricht.

Die Prognose hielt man, zum mindesten was den *Mutismus* betrifft, für gut. Trotzdem machte man den Vorbehalt, daß bei Rolf unter dem Einfluß ungünstiger äußerer Situationen ein Wiederauftreten neurotischer Reaktionen nicht ausgeschlossen sei. Daß er wiederum mutistisch werden könnte, hielt man für unwahrscheinlich.

Eine gewisse Vorsicht bei der Wahl von Pflege- und Lehrplatz schien auch in Zukunft geboten.

Katamnese.

Bei der Nachuntersuchung des 12jährigen Rolf in seinem Elternhaus, vier Jahre nach seiner Entlassung aus dem Kinderheim, war an seiner Art, mit seinen Familienangehörigen und mit dem Arzt zu sprechen, nichts Auffälliges festzustellen. Nur als der Untersucher kurz auf sein seinerzeitiges Schweigen zu sprechen kam, reagierte er leicht stuporös: sein zu Beginn der Untersuchung aufgeschlossenes und freimütiges Wesen verschloß sich zusehends beim Berühren des ihm offensichtlich unangenehmen Themas, und es war nur noch der stereotype Satz aus ihm herauszubringen: «Vo dem weiß ich nüt meh.» Nach Überspringen auf ihn betreffende Gegenwartsfragen gewann er aber sofort seine unbefangene Sicherheit und Freundlichkeit wieder und verhielt sich nicht scheuer, als sich irgendein auf abgeschiedenem Gehöft aufgewachsener Bauernbub von diesem Alter einem Fremden gegenüber geben würde.

Nach Rols seinerzeitigen Entlassung habe er zu Hause, wie auch in der Schule, ungehemmt mit allen gesprochen. Er sei in die 3. Klasse eingetreten, habe den Stoff derselben infolge seiner 9monatigen Abwesenheit zwar nicht in einem Jahr bewältigen können, weswegen er diese Klasse repetiert hätte. In der Folge habe er aber ohne Schwierigkeit alle Schulklassen durchlaufen, sei jetzt in der sechsten Klasse und habe immer befriedigende bis gute Noten erhalten.

Im Vergleich zu den Eltern und Geschwistern wirkte der Knabe trotz seinem gesunden Aussehen auffällig zart und grazil. Nach Angaben der Mutter hänge er sehr am Hofe, habe ein gutes Verhältnis zu Menschen und Tieren, bewältige ihm übertragene kleinere Arbeiten auf dem Hofe mit Geschick und Liebe zur Sache und wolle auch Bauer werden. Irgendwelche neurotischen Symptome seien den Eltern seit seiner Entlassung nicht aufgefallen.

Die Ergebnisse der Nachuntersuchung lassen sich dahingehend zusammenfassen, daß Rols Heilung in den sechs Jahren seit seiner Entlassung aus dem Kinderheim angehalten und er sich zu Hause und in der Schule unauffällig verhalten und bewährt hat.

Um dem Verständnis des oben beschriebenen Falles näher zu kommen, möchten wir einige allgemeine Betrachtungen über die Sprache als soziale Wechselbeziehung anfügen.

Wenn sich beim Kleinkind jene Entwicklung anbahnt, die ihr Ziel im sprachlichen Kontakt mit der Umwelt hat, so lernt es bereits unterscheiden zwischen Lauten als Gefühlsausdruck, die dem Vergnügen dienen oder die sie rings um sich her mit verschiedenen Affekten wahrnehmen, sei es nun mit Entzücken, Unbehagen oder Furcht, und zwischen solchen Lauten, die mit willkürlichen Bedeutungen legiert sind und so einen Begriffsausdruck darstellen, nämlich Worten. Die ersteren repräsentieren die Sprache als affektives, die letzteren als intellektuelles Kontaktorgan.

Die Laienwelt anerkennt im allgemeinen ein Kind von dem Zeitpunkt an als soziales Glied, wo es gelernt hat, sich der Sprache als Kontaktmittel zu bedienen. Leute aber, die in innigem Kontakt mit Kleinkindern stehen, gelangen unschwer zu der Überzeugung, daß das Kind seine Umgebung nicht nur in erstaunlich frühem Alter wahrnimmt und sich mit ihr auf seine Art auseinandersetzt, sondern daß es auch befähigt ist, sich mittels der vorsprachlichen Ära adäquaten Ausdrucksformen mitzuteilen. Nach *Tramer* (23) ist schon das Neugeborene imstande, Schall wahrzunehmen und nach *F. Stirnimann* auch schon feinere Tondifferenzen, wie letzterer an Frühgeborenen gefunden haben will. Andere halten dies im Hinblick auf die in den ersten Lebenstagen zu beobachtende Schleimfüllung der Paukenhöhle für unmöglich. Einzelne Neugeborene können, ebenfalls nach *Stirnimann*, männliche und weibliche Stimmen unterscheiden. So wurden sie z. B. auf das Sprechen des Arztes unruhig, während das der Schwestern sie nicht berührte. Gewisse Klänge lösen beim Kleinkind also Mißbehagen oder Angst aus, während andere Zufriedenheit oder Entzücken auslösen. Bald bringt das Kind selbst Töne von verschiedenartigem Charakter hervor und drückt so einesteils Gefühle, anderenteils Bedürfnisse aus. Plötzliche laute Geräusche und eine sanfte, summende Stimme scheinen demnach Quellen von Schmerz und Furcht oder von Vergnügen für das Kind zu sein, bevor noch irgendwelche assoziative Verbindungen sich haben bilden können. Es ist also nach *M. Chadwick* (24) die Qualität der Töne, wie Stärke, Sanftheit, Zärtlichkeit oder Zusammengesetztheit, die eine entsprechende emotionale Antwort beim Kinde hervorrufen, und dies ohne Mitwirkung von Assoziationsgliedern. Dieser Unterschied in den Geräuschen mag sich z. B. zunächst erschöpfen in der lauten Stimme des Vaters, der das Kind aufweckt, und der sanfteren der Mutter, die es in den Schlaf singt. Es ist augenscheinlich, daß das Kind die Stimme seiner Angehörigen der nächsten Umgebung erkennt, lange bevor es versteht, was sie sagen. Die Stimme einer Person wird also für das Kind zu einem Symbol für diese Person, womit sich die von dieser Person erwarteten Funktionen verknüpfen. Nach *M. Chadwick* sind also Stimmen Zeichen von Personen, eine rhythmische Folge oder ein Vibrationsschema, das vom Kind erkannt werden kann. Man kann beobachten, daß es ein Kleinkind, dem die Sprache noch kein geläufiges

Ausdrucksmittel ist, vorzieht, eine Geste anzuwenden oder kleine Ereignisse sogar lieber vorlebt, als daß es sich um eine Worterklärung bemühte. Vorläufer des Sprachverständnisses ist der Klang und seine Deutung. Später lernt das Kind, selbst Töne zu bilden und erlebt, daß dieselben unter Umständen Wirkungen in seiner Umgebung auslösen. Durch Entwicklung dieser vom Kind als magisch empfundenen Verknüpfung von Klang und Wirkung bildet sich die Idee der Sprache. Durch die Zaubervirkung dieser machtvollen Töne tief beeindruckt, lernt das Kind normalerweise, diese im Dienste seiner Bedürfnisse zu gebrauchen.

Es gibt nun aber Kinder, die ein nur mangelhaftes Unterscheidungsvermögen für Töne ausgebildet haben, obgleich kein physiologischer Defekt in ihrem Hörapparat gefunden werden kann. Bei diesen erfährt der Prozeß des Beherrschenlernens der Sprache als Kontaktmittel mit der Umwelt eine Erschwerung und Verlangsamung. *Delacroix* (25) führt in seiner Arbeit über den Erwerb der Sprache durch das Kind aus, daß sich die verzögerte Sprachentwicklung bei Kindern gewöhnlich ergibt, wenn ein Kind in der Umgebung von Menschen aufwächst, die nicht viel mit ihm sprechen, die selbst ungebildet sind oder einen armseligen Sprachschatz haben, oder die von Natur traurig oder schweigsam sind. Als klassisches Beispiel hiefür diene die Pianistin Klara Schumann, die durch die fast ausschließliche Gesellschaft einer extrem wortkargen und mürrischen alten Kinderfrau erst mit 7 oder 8 Jahren frei gesprochen haben soll.

Nach einer Arbeit von *Elemer Kenyeres* (26) ist die Grundidee der Sprache, eine Wunscherfüllung oder die Befriedigung eines Bedürfnisses zu erlangen. Mit Recht ergänzt *M. Chadwick*, daß die Sprache außerdem noch die Funktion hat, den Bewegungstrieb des Kindes zu befriedigen und eine Quelle von Vergnügen zu sein. Letztere Funktion soll besonders in dem zwischen Mutter und Kind üblichen Liebesgespräch erfüllt werden, welches für die geistige und sprachliche Entwicklung des Kindes eine Notwendigkeit darstelle. Die Stimmen und Sprechweisen der in einer Wohngemeinschaft lebenden Familienglieder sind sich bis zu einem gewissen Grade im allgemeinen irgendwie ähnlich und dem Kinde vertraut. Ihre Bedeutung lernt das kleine Kind erraten. Der Tonfall und die Ausdrucksweise eines Fremden hingegen ist dem Kinde unbekannt, obwohl er auch dem Kinde an sich bekannte Worte gebraucht. Es sind die Eigenheiten der Stimme, des Rhythmus, des Tonfalles und des Akzentes, die das Kind verwirren und die die bekannten Worte unkenntlich machen. Deshalb versteht das Kind den fremden Sprecher nicht, und auch der Fremde muß sich oft genug an die Verwandten des Kindes wenden, um sich dessen Sprache erklären zu lassen. Das erschreckende Erlebnis, nicht zu verstehen und nicht verstanden zu werden, kann das Kind nun so in Angst und Verwirrung stürzen, daß daraus eine Sprechhemmung in Anwesenheit Fremder resultieren kann. Durch

das gleichzeitige Vorhandensein einer Sprachstörung wird das Zustandekommen dieser traumatisierenden Situation natürlich noch ungemein begünstigt. Im vertrauten Familienkreise braucht sich die Sprechhemmung nicht geltend zu machen, Fremden gegenüber scheint es aber verständlich, daß das Kind aus dieser Angstsituation heraus auf jeden sprachlichen Kontakt verzichtet. Das Erleben des Kindes in der genannten Situation läßt sich etwa mit der Lage eines Erwachsenen vergleichen, der in einem fremdsprachigen Land trotz Vorkenntnissen in der betreffenden Sprache nichts versteht und nicht verstanden wird. Auch dieser wird, zum mindesten im Moment, mit Angst und Verzweiflung reagieren und sich zurückziehen. Da es auch für Erwachsene mühevoll sein kann, wohlbekannte Worte zu verstehen, wenn sie mit einem ungewohnten Akzent oder Rhythmus ausgesprochen werden, darf es uns nicht verwundern, wenn das Kind in fremdem Milieu, eingestellt auf die Sprache seiner Pflegepersonen, Verständnisschwierigkeiten hat. Nebst den optischen dürften auch diese ungewohnten akustischen Eindrücke das «Fremden» der Kleinkinder mitbedingen. Das Verstehen einer fremden Stimme kann so an das Kind ähnliche Anforderungen stellen wie das Erlernen einer ganz neuen Sprache oder zum mindesten eines andern Dialektes. Es darf also nicht einfach als Trotz oder Dummheit angesehen werden, wenn ein Kind auf die Sprache eines Fremden – z. B. des ersten Lehrers – der möglicherweise schnell, mit ungewohnten Worten und mit für sein Ohr fremdartigem Tonfall spricht, nicht reagiert. Oft ist es nur Verständnisschwierigkeit und dadurch hervorgerufene Verwirrung und Angst. Dies trifft wohl besonders für Kinder zu, deren Sprachentwicklung, z. B. aus milieumäßigen Gründen, erschwert, verzögert oder gestört ist. Der Unterschied zwischen der Sprache im Haus und in der Schule birgt nach *M. Chadwick*, besonders in ländlichen Distrikten, eine Art Problem der Zweisprachigkeit, die die Ursache eines Gefühlskonflikts bilden kann (man denke in diesem Zusammenhang an unsern kleinen Rolf). Das Erlernen der neuen Sprache in der Schule kann nach derselben Quelle für das Kind dieselben Schwierigkeiten und Konflikte mit sich bringen wie ein effektiver Bilingualismus, dessen Wirkung bei Schulkindern in Wales untersucht wurde und nach *Frank Smith* (27) einen hohen Prozentsatz von Verzögerung im Schulfortschritt ergeben haben soll.

Wenn obgenanntes Trauma der Zweisprachigkeit zwischen Haus und Schule sehr einschneidend wirkte, können wir uns unschwer vorstellen, daß das Kind im fremden Milieu (z. B. in der Schule) auf den sprachlichen Kontakt mit diesem verzichtet und Regreß nimmt auf eine vorsprachliche Entwicklungsstufe des Ausdrucksvermögens. Es bedient sich dann wieder einer Gebärdensprache mit Kopfnicken, Handbewegungen usw. Wenn es zu einem bleibenden Verzicht auf aktive mündliche Kontaktnahme mit der Umwelt kommt, also ein *Mutismus* ausgebildet wird, kann das Kind die

schriftliche Ausdrucksweise, soweit es diese schon beherrschen gelernt hat, in Anwendung bringen. Die Angst und Verwirrung, die durch die «fremde» Sprache in der traumatisierenden Situation (z. B. in der Schule) ausgelöst wurde, wird dann automatisch immer wieder auftreten, wenn das Kind in eine fremde Umgebung versetzt wird (entsprechend dem von *Waterink* und *Vedder* bezeichneten Heinzeschen Mutismus) oder auch nur einem Fremden konfrontiert wird, der dem Kind eben als ein «Fremdsprachiger» erscheint, so daß die Aufnahme des mündlichen Kontaktes eben unterbleibt. Auch wenn später das Verstehen der «Fremdsprache» an sich dem Kind keine Schwierigkeit mehr bereitet, kann offenbar die Äußerungsangst in Form einer mutistischen Sprechhemmung fixiert bleiben.

Bevor wir uns wieder unserem Patienten zuwenden, sei noch kurz auf die Einteilung des psychogenen Mutismus eingegangen.

Da die Einteilung nach *Waterink* und *Vedder*, wie sie im «Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie» von *Tramer* aufgeführt ist, wegen ihrer Heterogenität unbefriedigend und veraltet war, unternahm es *A. Weber* (28) in seiner Arbeit «Zum elektiven Mutismus der Kinder», eine einfachere, nach einem der heutigen psychiatrischen Betrachtungsweise entsprechenden einheitlichen Gesichtspunkt geordnete Einteilung zu geben. *Weber* unterscheidet einen einfach reaktiven Mutismus, der besonders leicht während der Sprachentwicklung aufträte und zwar als orale Seite einer stuporös-depressiven Reaktion auf ein Schreckerlebnis, von einem neurotischen Mutismus, bei welchem es sich entweder um die neurotische Verarbeitung eines einfach reaktiven Mutismus oder um eine selbständige neurotische Entwicklung oder um beides handle. Beide Arten können nach *Weber* hysterisch ausgestaltet werden oder zu einer vorbestehenden Hysterie hinzutreten, beide können total oder elektiv sein, wobei der einfach-reaktive, namentlich nach schwerem Schreckerlebnis, meistens total, der neurotische als differenziertere Reaktion weit häufiger elektiv, systematisiert sei.

Bei unserem Fall handelt es sich erscheinungsbildlich zweifelsohne um einen elektiven Mutismus, der nach *Tramer* definiert wird als Mutismus, der nur gegenüber einem ausgewählten, umschriebenen Personenkreis auftritt. Dabei fassen wir den Begriff «elektiver Mutismus» nicht als stationäres Krankheitsbild auf, sondern sagen damit lediglich aus, daß der Mutismus unseres Patienten, wie wir aus der Krankengeschichte erfahren haben, sich nur auf einen Teil seiner Umwelt bezogen habe. Allerdings müssen wir sofort ergänzend beifügen, daß Rolfs neurotische Verhaltensstörung, im Moment, als er der Poliklinik vorgestellt wurde, schon so weit fortgeschritten war, daß er nicht mehr weit von dem Punkt entfernt zu sein schien, da sein elektiver in einen totalen Mutismus übergegangen wäre. Es handelte sich ja beim Mutismus unseres Patienten um eine neurotische Reaktionsweise, von der ein progredient sich erweiternder Kreis von Personen erfaßt wurde.

Elektiver und totaler Mutismus sind also, auf die Neurose als Ganzes bezogen, nur quantitativ verschiedene Ausbildungsgrade der neurotischen Verhaltensweise gegenüber der Umwelt. Der elektive Mutismus wird von *A. Weber* in der Mehrzahl der Fälle als ein Durchgangsstadium vom totalen Mutismus zur Gesundheit, das unter Umständen neurotisch fixiert wird, aufgefaßt. In unserem Falle ist er eher als ein Übergangsstadium im umgekehrten Sinne, also von der Gesundheit zum totalen Mutismus, zu werten. Die Geschichte Rolfs gibt uns die praktische Bestätigung der von *Weber* angegebenen theoretischen Möglichkeit, daß auch ein neurotischer Mutismus einmal in seinem Verlaufe total werden kann. Auch *Heuyer* und *Morgenstern* (29) beschreiben einen solchen Fall. Ob diese Entwicklung des elektiven Mutismus zum totalen beim neurotischen Mutismus so sehr Ausnahme ist, wie *Weber* annimmt, der den totalen Mutismus als stuporös-depressive Reaktion in der Regel dem einfach reaktiven Mutismus zugeordnet annimmt, oder ob, wie in dem von uns beschriebenen Falle, auch jeder neurotische elektive Mutismus die Tendenz hat, gleich einer Phobie immer mehr Objekte zu erfassen, um, wenn nicht therapeutisch eingegriffen wird, schließlich total zu werden, möchten wir noch dahingestellt sein lassen. Der von *Weber* als selten bezeichnete Fall, daß es sich beim elektiven Mutismus um eine unvollkommene Regression auf Schreckerlebnisse handelt (unvollkommen deshalb, weil die sprachliche Kommunikation mit den nächsten Angehörigen – zum mindesten zunächst – erhalten bleibt), scheint vorerst bei Rolf nicht vorzuliegen. Denn in dem, was von dem Erlebnis beim ersten Sonntagsschulbesuch gesagt worden ist, fehlen Hinweise auf Reaktionen, die ein akut Schreckhaftes belegen könnten. Es ist jedoch zu beachten, daß die Schilderung dieses initialen Erlebnisses nur von begleitenden Geschwistern stammt und sehr lückenhaft ist. Wir haben festzuhalten, daß ein bisher sprechendes Kind von diesem Zeitpunkt an in einer bestimmten Situation – derjenigen der Sonntagsschule – nicht mehr gesprochen hat. Der Anlaß hiezu kann sowohl in Verhaltensweisen von umgebenden Personen, die vom Kinde als brüskierend empfunden worden sind, liegen, als auch in der unbekannten neuen Situation. *Weber* nimmt an, daß eine neue Umgebung, vor allem der Schuleintritt für ein Kind, den Charakter eines Schreckerlebnisses haben könne. Bei Rolf kann man dies weder annehmen noch gänzlich ablehnen.

Es geht aus der Krankengeschichte und dem Verlauf während der Beobachtung und der Therapie hervor, daß Rolf zuerst eine *reaktive Form des Mutismus* gezeigt hat. Der Mutismus war *zuerst elektiv* und zeigte sich nur in der Sonntagsschule; er blieb jedoch *jahrelang bestehen* und wurde zusehends mehr der *neurotische Ausdruck* verschiedener Spannungen, die sich im Leben des Kindes besonders mit dem Schuleintritt ergeben hatten. Er selbst nennt immer wieder die *Angst*, die ihn am Sprechen hinderte; es ist wahrscheinlich,

daß er den Schulweg, der durch den Wald führte, immer ein wenig scheute. Viel deutlicher als die Angst tritt seine *Opposition gegen die Mutter* hervor. Mit Mutismus, Schadenfreude, Necken wehrt er sich gegen Erwachsene und Kinder, hält sie im Schach, «strafft» sie und versetzt sie in Angst und Sorge um ihn (z. B. den Vater, der ihm jeden Wunsch erfüllen will, wenn er wieder spreche), schafft sich zum mindesten damit eine Stellung besonderer Art unter den Kindern (deutlich sichtbar unter den Kindern der Beobachtungsstation, die aus einer Mischung von Mitleid und Staunen eine positive rücksichtsvolle Einstellung zu ihm entwickelt hatten). Weil sich der Mutismus als eine Verhaltensweise entpuppte, die ihm sehr viele Vorteile, vor allem eben die Möglichkeit, die Spannungen zu parieren, verschaffte, behielt er ihn bei; er gab ihn auf, sobald er diese Vorteile nicht mehr aufwies und ihn als krank Erklärten von den andern isolierte. Die Konflikte, die er früher mit dem Mutismus zu seinen Gunsten zu drehen imstande war, entpuppten sich in der Beobachtungsstation als gar nicht so schwerer Natur und durchaus auf direkte Art lösbar, so daß sich auch von dieser Seite her der Liquidation des Mutismus nichts entgegenstellte.

Krankengeschichte Nr. 2

Der 8jährige Peter, der die erste Klasse repetierte, wurde zu uns gebracht, weil er in der Schule und zu Erwachsenen nicht sprach, zu Hause trotzig war und immer noch näßte. Er wurde für 5 Monate aufgenommen und darauf, in bezug auf sein Schweigen und das nächtliche Einnässen, wesentlich gebessert entlassen.

Vorgeschichte: Peter wuchs in der Abgeschiedenheit eines kleinen Bauerngewerbes als sechster von sieben Brüdern auf. Die fünf älteren Brüder zählten 15, 14, 13, 11 und 9 Jahre, und sein jüngerer Bruder war 5jährig. Der Vater ist Landwirt und sei als Kind sehr schau gewesen. Er lebe zurückgezogen und sei von unumgänglicher, wortkarger und etwas jähzorniger Wesensart. Die Kinder schlage er fast nie und kümmere sich überhaupt nicht viel um deren Erziehung. Auch die Mutter sei ein scheues Kind gewesen. Sie sei weich und nachgiebig, scheint nicht intelligent und überlastet zu sein und ihre Autorität über die Kinder nur mit Mühe zu behalten. Die Eltern und Geschwister der Kindseltern sollen unauffällig sein. Von Geisteskrankheit oder stärkerem Schwachsinn sei in der Familie nichts bekannt. Der älteste Bruder sei schwererziehbar und flegelhaft, er beherrsche und plage seine Brüder. Bis zu seinem 5. Altersjahr habe er genäßt. Der zweitälteste Bruder stoße mit der Zunge an und nasse mit 14 Jahren noch immer. Auch der drittälteste, Dreizehnjährige nasse noch. Der nächstältere Bruder Peters sei wenig begabt. Alle Brüder, außer dem ältesten, seien in ihrer sprachlichen Entwicklung und allgemein zurückgeblieben und gegen Fremde verschlossen. Die sieben Knaben zeigten einen ähnlichen Körperbau und dieselbe schwerfällige Gangart. Alle schienen sie von der Mutter verwöhnt zu werden.

Peters Geburt sei eine Woche zu spät erfolgt, sonst normal verlaufen. Er habe als Säugling «Kinderweh» gehabt. Muttermilch habe er 6 Wochen erhalten. Mit 6 Monaten habe er eine Lungenentzündung und als Kleinkind Rachitis durchgemacht. Während er mit $\frac{5}{1}$ Jahren gehen gelernt haben soll, habe er erst mit 2 Jahren zu sprechen begonnen. Er habe langsam, mit Mühe und lange undeutlich gesprochen. Wann er zu trotzen begonnen habe, wußte die Mutter nicht mehr anzugeben. Auf alle Fälle sei er immer noch trotzig, jetzt eher noch mehr als vordem. Als Kleinkind soll er, wie die andern Brüder auch, eher lebhaft gewesen sein, dann sei er gegen Fremde zunehmend schüchtern und gehemmt geworden. Die Mutter habe ihm immer den Willen gelassen, währenddem der Vater ihn hin und wieder etwas barsch angefahren hätte. Gegenüber fremden Erwachsenen habe

Peter nie eine sprachliche Äußerung getan und stets eine kindliche und verlegene Haltung eingenommen, indem er den Kopf gesenkt, die Augen zugekniffen, ein halb trotziges, halb verschmitztes Lächeln aufgesetzt und einen Daumen in den Mund gesteckt habe. Mit seinen Brüdern tollte er gerne umher, war oft ihr Anführer, sprach mit ihnen, benachbarten Kindern und mit den Eltern völlig ungehemmt. Er soll sich jedoch etwas gehemmt benommen haben, wenn man ihn ausgesprochen beachtete. Furcht habe er vor Hunden gezeigt. Peter nasse noch fast jede Nacht und pflege vor dem Einschlafen am Daumen zu lutschen. Seit ca. 1–2 Jahren habe die Mutter auch Onanie beobachtet, was er vom ältesten Bruder gelernt habe. Der Schlaf sei ruhig. Er habe immer mit einem Bruder zusammen geschlafen, der auch näßte!

In den Kindergarten sei er nie geschickt worden. Am erste Schultage, Peter zählte damals $6\frac{1}{2}$ Jahre, habe ihn die Mutter buchstäblich in die Schule schleppen müssen. Er habe sein Gesicht mit den Armen verdeckt und «Vogel Strauß gespielt». Ein halbes Jahr habe er vor dem Lehrer in der Schule überhaupt keinen Laut von sich gegeben, nachher hätten sich seine sprachlichen Äußerungen auf «grüezi» und «adieu» beschränkt. An dieser Verhaltensweise habe er festgehalten, mit Ausnahme eines einzigen Males, wo es dem Lehrer gelungen sei, Peter um den Preis einer Tafel Schokolade das Wort «eins» abzukaufen. Als er nach einer längeren Krankheit von der Mutter wieder zur Schule gebracht worden sei, habe er dieselben Widerstände gezeigt wie am ersten Schultage. Nachdem er sich auch in der Pause kurze Zeit stumm verhalten habe, sei er bald dazu übergegangen, sich wie vor der Krankheit lärmend mit den Spielgenossen zu unterhalten. Er sei aber jedesmal jäh verstummt, wenn ein unbekannter Erwachsener in die Nähe gekommen sei. Als er einmal zur Strafe aus der Klasse geschickt worden sei, habe er seinem Trotz dadurch Ausdruck verschafft, daß er in den Korridor defäziiert habe. Da er während des ganzen ersten Schuljahrs weder gesprochen noch geschrieben hatte, erwies sich die Wiederholung der ersten Klasse als unumgänglich notwendig, ohne daß sich in seinem Verhalten bis dahin Wesentliches geändert hätte.

Untersuchungen und Befunde.

Zur ersten ärztlichen Untersuchung wurde Peter von seiner Mutter gebracht. Wir hörten dieselbe vor dem Knaben weinend die Meinung äußern, hier bei uns sei er dann schon «verlocht» und «ab der Welt», sie glaube, sie wolle ihn nicht hier lassen. Als man ihn zu den andern Kindern schicken wollte, um mit der Mutter allein reden zu können, weigerte er sich trotzig und wortlos, aber sehr bestimmt. Während sich dann der Arzt mit seiner Mutter unterhielt, blieb er schließlich, das Gesicht gegen die Wand gekehrt, im Büro zurück, wo er gierig einen ganzen Papiersack voll mitgebrachter Aprikosen verzehrte. Als diese verschlungen waren, begann er zu weinen. Wir beobachteten aus der Art, wie die Mutter ihm z. B. die Nase putzte oder die Tränen abwischte, wie sehr sie ihn noch als Kleinkind behandelte. Auffällig war auch seine Schamhaftigkeit, indem er sich weigerte, für die Untersuchung seine Hosen auszuziehen.

Peter war ein eher kleiner, graziler und magerer Knabe. Sein Gesicht erinnerte auffällig an dasjenige einer Frühgeburt. Seine Länge war 3 cm und sein Gewicht $1\frac{1}{2}$ kg unter der Altersnorm. Die Gehörfunktion schien uns bds. etwas herabgesetzt zu sein. Die Ohrschläpchen waren angewachsen, die Zunge etwas groß, die Zähne z. T. kariös. Außerdem beobachteten wir eine Spina bifida oculata. Die Diadochokinese war links deutlich besser (Pat. ist Linkshänder). Die PSR waren bds. sehr lebhaft mit nach oben erweiterter reflexogener Zone. Im übrigen waren bei der körperlichen Untersuchung keine pathologischen Befunde zu erheben.

Über Peters Verhalten im Heim, aus dem er gleich nach der Aufnahme zweimal auszureißen versuchte, ist zu sagen, daß er sich meist zufrieden und vergnügt zeigte. Er blieb schon die erste Nacht trocken, worüber er sehr stolz war. Am Anfang war er scheu und hielt, wenn man ihn ansprach, ständig die Hände oder das Taschentuch vor das Gesicht. Bald blinzelte er aber doch zwischen den Fingern durch, um zu schauen, was um ihn vorging. Gegenüber den Erwachsenen verhielt er sich vollständig stumm. Auf weiche, leise Stimmen reagierte er besser als auf laut geäußerte Anweisungen. Zu den Kindern äußerte er höchstens hie und da ein paar Brocken, wobei es meist bei einzelnen Wörtern oder

Bruchstücken von Sätzen blieb. Trotzdem hatte er auch auf seine stumme Art bald Kontakt. Er beobachtete interessiert und lächelte oft schlaue-verständnisvoll oder belustigt. Bei seinem Sprechen mit den Kindern konstatierten wir ein Stammeln leichteren Grades im Sinne eines Sigmatismus und eines Rhotazismus. Trotz seiner Kleinheit imponierte er den Kindern durch seine Körperstärke, und es kam ihm nicht darauf an, sich auch größeren Knaben zum Kampfe zu stellen. Im allgemeinen stritt er aber mit seinen Kameraden nicht oft. Zuweilen schien es ihm Vergnügen zu bereiten, einem anderen Kind aus dem Hinterhalt einen oft recht massiven Schlag zu versetzen. Unterlief einem andern ein Mißgeschick, so bekundete er seine Schadenfreude durch ein hämisches Kichern. Wir gewannen den Eindruck, daß er wegen einer gewissen Bauernschlauheit intelligenter wirkte, als er wirklich war. Beim Zeichnen verdeckte er das Dargestellte verschämt hinter der vorgehaltenen Hand. Seinen Namen zu schreiben, war er noch nicht imstande. An den Gemeinschaftsspielen beteiligte er sich passiv oder bastelte etwas abseits. Das einzige Spiel, bei dem er aktiv mitmachte und das ihm zu gefallen schien, war «Räuberli». Im übrigen zeichnete sich sein Spiel durch Phantasie- und Einfallslosigkeit aus. Wenn es darum ging, einen persönlichen Vorteil zu ergattern, konnte er äußerst flink und wendig sein. In der Küche bediente er sich bei günstigen Gelegenheiten auch ohne Erlaubnis. Auch die Speisen auf des Tischnachbars Teller waren vor seinen heimlichen Übergriffen nicht sicher. Er hatte Mühe, sich der Ordnung im Heim unterzuordnen und drückte sich wenn möglich von seinen kleinen Pflichten. Hatte er in der Nacht nicht genächt, so war er morgens fröhlich und hilfsbereit. War ihm jedoch ein Malheur passiert, was regelmäßig als Reaktion auf eine Rüge, eine Strafe oder ein Mißgeschick des Vortags eintrug, so war er am Tage darauf sichtlich niedergeschlagen und seinen Kameraden gegenüber hinterhältig-boshaft, grob und gewalttätig. Diese Verhaltensweisen zeigten uns, daß Peter nicht von gleichgültiger, sondern von empfindlicher, eingeiziger Wesensart war. Überhaupt waren seine Stimmungen sehr labil. Der kleinste Mißerfolg deprimierte ihn, und er mußte dann getröstet und ermuntert werden, bis er wieder neuen Mut faßte. Ebenso heimlich, wie er einem Kameraden gelegentlich einen Schaden zufügte, war er, wie sich später zeigte, auch imstande, jemandem im verborgenen eine Freude zu bereiten. So brachte er einer Erzieherin, die sein Vertrauen und seine Zuneigung in ganz besonderem Maße gewonnen hatte, öfters Blumensträuße und preßte deren Arm beim Gute-Nacht-Sagen im Dunkeln impulsiv an sich.

In der Heimschule sprach er anfänglich gar nichts und auch später so wenig, daß gar nicht zu beurteilen war, wie weit er dem Unterricht zu folgen vermochte. Nur sein verschmitztes Lächeln ließ immer wieder vermuten, daß er doch nicht einfach dumm sei. Schließlich gelang es der Lehrerin dadurch, daß sie sich zwanglos neben ihn setzte und mit leiser Stimme ganz inoffiziell mit ihm sprach, ihn zum Reden zu bringen. Es stellte sich heraus, daß man mit seinem Schulunterricht ganz vorn beginnen mußte. Man hatte den Eindruck, daß bei Peter die geistige Entwicklung der sprachlichen parallel lief und daß beide in direktem innigem Abhängigkeitsverhältnis zueinander stünden.

In den letzten Wochen von Peters Heimaufenthalt machte sich eine erfreuliche Wandlung zum Bessern geltend, nachdem anfänglich wohl stets, aber doch nur langsame Fortschritte zu verzeichnen gewesen waren. Dadurch, daß Peter im Sprechen sicherer und freier wurde und nachts meistens trocken blieb, hob sich sein Selbstbewußtsein, und er wurde fröhlich, zeitenweise geradezu übermütig. Auch in Gegenwart von Erwachsenen und in der Schule sprach er freier, lauter und, was besonders auffiel, je länger um so deutlicher. Das Stammeln verlor sich, auch das «S» und das «R» sprach Peter jetzt vernehmlich und deutlich aus. Wir suchten ihn mit systematischen Sprechübungen weiter zu fördern und auch allgemein etwas selbständiger werden zu lassen.

Inzwischen war er auch so weit, daß eine eigentliche Intelligenzprüfung vorgenommen werden konnte. Beim *Schweizer-Test* erreichte Peter einen *Intelligenzquotienten* von 96. Dies entspricht ungefähr der untern Grenze des Durchschnittes. Er arbeitete bei den Tests bedächtig und langsam, löste Aufgaben aus seinem praktischen Erfahrungsbereich leichter als kombinatorische und rein sprachliche und zeigte sich auch bei dieser Untersuchung sehr erfreut, wenn ihm eine Lösung gelang, aber ebenso rasch deprimiert, wenn er versagte.

Im ganzen waren Peters Fortschritte erfreuliche, war doch aus dem schweigenden, passiven und scheuen Peter in relativ kurzer Zeit ein munterer, tätiger Bub geworden.

Im Interesse des Knaben und seiner ungestörten Entwicklung empfahl man Fortsetzung der bisherigen Bemühungen in einem kleinen Erziehungsheim mit Heimschule. Man hielt es für möglich, daß er später in der Lage sein würde, einer Normalklasse zu folgen. Eine sofortige Rückkehr nach Hause riet man ab, da im alten Milieu mit großer Wahrscheinlichkeit mit einem Rückfall, mindestens aber mit einer erneuten Verzögerung seiner gesamten Entwicklung hätte gerechnet werden müssen. Die Prognose mußte von der Durchführung der empfohlenen Maßnahmen abhängig gemacht werden.

Katamnese.

Als der Verfasser dieser Arbeit den nunmehr 16jährigen, vor 8 Jahren aus dem Kinderheim entlassenen Peter in dessen Elternhaus, wo er sich vorgängig angemeldet hatte, zum Zwecke einer Nachuntersuchung aufsuchen wollte, wurde ihm mitgeteilt, daß der Knabe aus Angst vor einer solchen ausgerissen sei und sich offenbar versteckt halte, da er trotz eifrigen Suchens unauffindbar sei. Diese Verhaltensweise sei hier festgehalten, weil sie, nach Angaben der Angehörigen, für Peters Wesen charakteristisch sei.

Von Mutter und Brüdern war indessen folgendes zu erfahren: Nach seiner Entlassung aus dem Kinderheim sei Peter für 6 Monate in ein kleineres Erziehungsheim mit Heimschule verbracht und anschließend – wieder zu Hause – in die Spezialklasse im nächstgrößeren Dorf geschickt worden, wo er im allgemeinen, wie aus dem Schulzeugnis zu ersehen war, befriedigende Leistungen zeigte. Für das erste Spezialklassen-Semester fand man in letzterem hinter «Sprache, mündl. Ausdruck» den Vermerk des Lehrers: : «starke Sprechhemmung» und für das 2. und 3. Halbjahr: «macht etwas Fortschritte». Allmählich wurden seine Leistungen auch in diesem Fach befriedigend. Zu Hause habe Peter nach seiner Heimkehr wohl gesprochen, aber kaum spontan, was übrigens heute noch so sei, indem er mit der Mutter nur das Nötigste, mit dem Vater praktisch gar nicht rede. Mit seinen Brüdern habe er gar keinen Kontakt. Hingegen besitze er im Dorf einige Freunde, mit denen er natürlich und ungehemmt spreche. Ein gutes Verhältnis habe er zu den Tieren. So habe er z. B. kürzlich eine eigene kleine Taubenzucht angelegt, mit der er sich hingebungsvoll beschäftige. – Stets sei er zu Streichen aufgelegt gewesen, habe noch geraume Zeit genäht und zeige noch heute einen ausgesprochenen «Setzkopf» und ein etwas grobes, oft sogar gewalttätiges, ungeschicktes und sonderlingshaftes Wesen.

Seit einigen Monaten sei er nun bei einem benachbarten Schuhmacher als Ausläufer tätig, wo er gleichzeitig Gelegenheit habe, mit diesem Handwerk, das ihn sehr interessiere, etwas vertraut zu werden. Eine regelrechte Berufslehre habe er seinerzeit als ehemaliger Spezialklasse-Schüler nicht antreten können. Sein jetziger Lehrmeister habe jedoch die Überzeugung, er sei in einiger Zeit soweit, daß dies noch nachgeholt werden könne.

Peter schien, soweit die uns zur Verfügung stehenden Daten eine Beurteilung überhaupt zuließen, aus einer nicht schwer erblich belasteten, aber doch etwas absonderlichen Bauernfamilie zu stammen, in der verschlossene, in sich gekehrte und gehemmte Naturen gehäuft vertreten waren. Von den sechs Brüdern war der älteste schwererziehbar und mehrere waren Bettnässer. Die Eltern schienen an sich rechtschaffen und wohlmeinend, erzieherisch aber entschieden ungenügend ausgerüstet zu sein. Peter wuchs im Rahmen des elterlichen Bauerngewerbes ein wenig wild auf und wurde zwar nicht eigentlich vernachlässigt, aber doch in jeder Beziehung viel zu wenig gefördert. Es wurden daheim keine seinem Alter und seinen Möglichkeiten entsprechenden Anforderungen an ihn gestellt, sondern die allzu gutmütige Mutter hemmte ihn in ihrer Nachgiebigkeit geradezu in seiner Entwicklung. Daß er jede Nacht näßte und schlecht, wie ein Kleinkind,

artikulierte, wurde von seiner Umgebung stillschweigend hingenommen, wobei gewiß eine Rolle spielte, daß er sich in seinem Verhalten nicht wesentlich von seinen Brüdern unterschied.

Sein Verhalten trat erst bei Schulbeginn kraß zutage, wo er das ganze erste Jahr überhaupt nicht zum Sprechen zu bringen war und dadurch seine Intelligenz natürlich weder beurteilt noch entwickelt werden konnte. So wurde – zum Glück für den Knaben – eine psychiatrische Beobachtung für nötig befunden.

Unsere Untersuchungen ergaben zusammengefaßt, daß es sich bei Peter um einen körperlich etwas kleinen, eher zarten, abgesehen von einer ganz unbedeutenden Beeinträchtigung der Gehörsfunktion sonst vollsinnigen Knaben handelte, der allgemein etwas infantil schien, sofern wir darunter den Umstand verstehen wollen, daß seine Entwicklung mit seinem Alter nicht ganz Schritt gehalten hatte. Der Grund dafür dürfte, wie oben ausgeführt, zu einem großen Teil im Verhalten seiner nächsten Umgebung gelegen haben. Soweit wir bei der weitgehenden allgemeinen Besserung bei Peters Entlassung dessen Intelligenz zu beurteilen imstande waren, schien uns diese zwar eher bescheiden, aber, wenn auch hart an der untern Grenze des Durchschnittes liegend, doch noch nicht als ausgesprochener Schwachsinn zu bewerten zu sein. Der Knabe befand sich offenbar noch in einem Stadium, wo er, wie Kleinkinder, aber auch wie debile Erwachsene, beinahe noch vollständig am Gegenständlichen haftete. Wenn auch diese intellektuelle Unreife dazu angetan schien, ihn gegenüber seinen gleichaltrigen Kameraden etwas ins Hintertreffen zu bringen, verstand er es dennoch, sich zu behaupten und durch die ihm eigene «Bauernschlauheit» einen gewissen Ausgleich zu schaffen. Soweit sich seine Charakterzüge schon abzuzeichnen begannen, fiel er in erster Linie durch seine hochgradige Empfindsamkeit auf gegen alles, was geeignet war, sein Ich-Gefühl zu dämpfen. Er war scheu, verletzlich, und die kleinsten Mißerfolge vermochten ihn zu entmutigen und in depressive Verstimmung zu versetzen, in welcher er sich völlig, oft bis zum Mutismus, verschloß. Jedes Versagen, handle es sich nun um ein nächtliches Nässen oder um ein Ungenügen in schulischer Hinsicht, wirkte sich bei seiner ehrgeizigen und geltungsbedürftigen Wesensart deprimierend aus; er reagierte mit tiefen Minderwertigkeitsgefühlen darauf. Nur im Zusammenhange mit letzteren ließen sich auch Peters asoziale Verhaltensweisen, seine z. T. massiv-aggressiven Ausfälle gegen gleichaltrige Kameraden verstehen. Das geschilderte Verhalten des Knaben zu jener von ihm bevorzugten Pflegerin ließ ferner auf eine starke Liebesbedürftigkeit schließen, und man war wohl berechtigt, die Frage aufzuwerfen, ob Peter, der die liebevolle Zuwendung der Eltern, besonders diejenige der überlasteten Mutter, mit sechs Brüdern teilen mußte, in dieser Hinsicht nicht relativ zu kurz gekommen sei. Inwiefern sein auf der ganzen

Linie gezeigtes Festhalten an einer kleinkindlichen Entwicklungsstufe, das durch das ungeschickte erzieherische Verhalten der Mutter noch gefördert wurde, einen Versuch darstellte, sich die mütterliche Liebe und Fürsorge zu sichern und zu erhalten, muß offen gelassen werden; wir hätten damit den sekundären Lustgewinn (*Freud*: sekundärer Krankheitsgewinn) aufgezeigt, den Peter aus seiner neurotischen Verhaltensweise zog. Der Mutismus in der Schule und die Enuresis nocturna waren neben einem gewissen konstitutionellen Moment weitgehend mitbedingt durch die ungünstige erzieherische Verhaltensweise der nächsten Umgebung und die ungenügende Förderung des Knaben. Daß dem so war, ging augenfällig aus der guten Beeinflußbarkeit des Jungen in anderem Milieu hervor.

Es besteht kein Zweifel, daß auch hier der Mutismus die Bedeutung eines fixierten neurotischen Symptoms besaß: Peters Schweigen barg den Sinn der trotzigigen Abwendung von der Welt der Erwachsenen außerhalb des Hauses und der Ablehnung der Schulsituation, er stellte eine Reaktionsbildung auf sein Versagen gegenüber den Anforderungen der Umwelt, d. h. auf die daraus entstandenen Minderwertigkeitsgefühle, dar und brachte sein Festhaltenwollen an der kleinkindlichen Mutterbindung zum Ausdruck. Diese abnorm starke Mutterbindung hat auch *A. Weber* (30) in allen seinen vier beschriebenen Fällen festgestellt und sie in Zusammenhang gebracht mit einer starken Betonung der oralen Sphäre, die konstitutionell bedingt sei oder von einem hemmungslos-triebhaften Verhalten der Mutter bei der Erziehung herrühren könne. Anhaltspunkte für eine gewisse Betonung der Oralität fanden wir auch bei unserem Patienten, und zwar in Form des Daumenlutschens und der leichten Sprachstörungen. Auch die von *Weber* an derselben Stelle als bisher kaum erwähnt angegebene Neigung zu Depressionen kann aus dem bereits Angeführten nur bestätigt werden.

Es ist darauf hinzuweisen, daß der Mutismus Peters, der nur eines der Symptome der Neurose darstellt, die er aufwies, jenes nämlich, das zwar andeutungsweise schon vor der Schule vor fremden Menschen bestand, aber erst mit dem Schuleintritt praktisch bedeutungsvoll wurde, nun täglich mehrere Stunden lang auftrat und den Schulerfolg schwer gefährdete. Das Symptom, das die unbefriedigende interne Familiensituation maßgeblicher ausdrückte, war wohl die Enuresis nocturna. Beide Symptome haben die Eigentümlichkeit, daß sie in gewissen Abwandlungen bei allen Kindern der Familie auftraten. Die älteren Brüder machten gewissermaßen Nassen und Sprechscheu vor Fremden ihrem jüngeren Bruder vor. Dies hat wohl das Auftreten der Symptome bei Peter bahnen helfen.

Das gehäufte Auftreten der gleichen abwegigen Verhaltensweise bei verschiedenen Gliedern der von der Außenwelt mehr oder weniger isolierten, auf sich selbst angewiesenen Familie wirft die Frage auf, inwiefern auch konstitutionelle Faktoren eine Rolle zu spielen vermögen. Eben wurde ausge-

führt, daß man wohl annehmen muß, daß das Vorbild der familienüblichen Reaktion auf gewisse Reize auch Peters Verhaltensweise mitbestimmt habe. Wenn aber alle Brüder so schlecht sprechen und der Vater im Hinblick auf seine Sprache als ein «Muesli», d. h. als einer geschildert wird, der verwaschen und undeutlich spricht, wenn eigentlich alle Glieder eine mehr als landesübliche Empfindlichkeit gegenüber Verletzungen ihres Selbstgefühls und Bedrohungen ihrer Sicherheit aufweisen, liegt es nahe, nicht nur an eine Prägung durch die Umwelt, sondern auch an die konstitutionelle Bereitschaft zu bestimmten Reaktionen zu denken. Die vorliegende Krankengeschichte enthält zu wenig Angaben zur genaueren Abklärung dieser Frage.

Nach der Weberschen Einteilung dürfte es sich also auch bei diesem Patienten um einen *neurotischen*, elektiv in Erscheinung tretenden Mutismus handeln, der aber nicht, wie im Falle des kleinen Rolf, auf neurotischer Verarbeitung eines einfach-reaktiven Mutismus beruhte, sondern im Rahmen einer selbständigen neurotischen Entwicklung auftrat.

Krankengeschichte Nr. 3

Die 9jährige Yvonne wurde vom zuständigen Schulumt der psychiatrischen Kinderpoliklinik überwiesen wegen Schweigens in der Schule und erwachsenen Personen gegenüber und störenden Verhaltens während des Unterrichts. Ferner sollte der Grad ihrer Intelligenz festgestellt werden, weil bisher infolge ihres Schweigens nicht abgeklärt werden konnte, wie weitgehend ihr Versagen in der Schule die Folge ihrer stummen Verhaltensweise oder ihrer Unterbegabung sei. Yvonne verbrachte 2 Monate in der Beobachtungsstation und wurde hierauf, in bezug auf ihr Schweigen, weitgehend gebessert nach Hause entlassen.

Vorgeschichte: Yvonne wuchs in ländlicher Abgeschiedenheit als zweitältestes Kind in einer Bauernfamilie auf. Der Vater schien, außer einer etwas aufbrausenden Wesensart, unauffällig zu sein. Abgesehen davon, daß auch die Großmutter eine etwas aufgeregte Verhaltensweise zeige, seien die Großeltern väterlicherseits unauffällig, ebenso die Geschwister des Vaters. Die Mutter sei etwas leicht erregbar und mit Arbeit überlastet. Die Großmutter mütterlicherseits sei unauffällig gewesen, hingegen habe der Großvater mütterlicherseits einen «leichten» Charakter gehabt und habe seine Gattin mit anderen Frauen hintergangen. Yvonne um zwei Jahre älterer Bruder, der die Sekundarschule besucht, sei unauffällig, ebenso ihr 3jähriges Brüderchen, das allerdings «auch etwas wild» sei.

An Krankheiten habe Patientin als Kleinkind Rachitis und mit ca. 4–5 Jahren den Keuchhusten durchgemacht. Die Mutter erzählt, das Kind habe schon mit 2 Jahren gerne «z'leidwerchet» (d. h. den andern zuleide gelebt). Auch später habe es sich seinen Geschwistern gegenüber immer etwas herrisch und befehlshaberisch aufgeführt.

Yvonne habe mit 2 Jahren zu sprechen begonnen. Sie habe nur langsam und mit Mühe reden gelernt. Noch heute stoße sie etwas mit der Zunge an. Nägelbeißen und Lutschen seien nie beobachtet worden, ebensowenig Onanie. Mit einem Jahre habe Yvonne nicht mehr genäßt. Der Schlaf sei immer unruhig gewesen. Gemurmelte Selbstgespräche vor dem Einschlafen seien die Regel. Das Kind zeige in der Nacht öfters Angst und wolle nicht allein schlafen, sondern nur im selben Zimmer wie der große Bruder. Zu Hause erweise sich Yvonne, abgesehen von häufigen Zänkereien mit den Brüdern, als ein liebes und anhängliches Kind, das im allgemeinen eher wenig spreche. Am sprechlustigsten sei sie unter ihresgleichen. Sie habe immer mit den andern Kindern gespielt. Gegenüber Erwachsenen, ausgenommen die Familienangehörigen, habe sich Yvonne immer stumm verhalten und gehemmt gezeigt.

Mit 7 Jahren wurde Yvonne in das nächstgelegene Dorf zur Schule geschickt. Über ihre Verhaltensweise im Schulbetrieb lassen wir den Lehrer selbst zu Wort kommen:

«... Yvonne fiel mir, wie übrigens allen Leuten, die mit ihr in Berührung kamen, schon vor ihrem Schuleintritt durch eine merkwürdige Scheu, die an Verstocktheit erinnerte, auf. Wenn ich versuchte, mich mit ihr zu unterhalten, sei es auf der Straße oder bei ihr zu Hause, wurde ich weder eines Blickes noch einer Antwort gewürdigt. An diesem Verhalten hielt sie auch nach ihrem Schuleintritt fest. Während des Unterrichts saß Yvonne desinteressiert da und vertrieb sich die Zeit auf ihre eigene Art: Bald kroch sie unter die Bank, bald stand sie auf oder drehte sich nach hinten, um ihre Klassengenossen zu necken. Zuweilen tat sie letzteres mit einer geradezu raffinierten Boshaftigkeit. So kniff sie z. B. die Banknachbarin unvermittelt oder wischte dem Mädchen, das hinter ihr saß, plötzlich mit einer schnellen Armbewegung alle Schulsachen von der Bank auf den Boden. Während der Pause stand Yvonne abseits und schaute den Spielen ihrer Kameraden nicht einmal zu.

Da Yvonne nach einem halben Jahre weder Wort noch Zahl auffaßte (Ziffern und Buchstaben hatte sie lediglich gelernt), wurde sie im Einverständnis mit den Eltern zurückgestellt und für das restliche Halbjahr dem Kindergarten, den sie vorher nicht besucht hatte, zugewiesen, wo sie äußerst wenig gesprochen, sich aber im übrigen unauffällig benommen haben soll.

Obschon der Schularzt dem Mädchen die Fähigkeit, in einer Normalklasse mitzukommen, absprach, wurde es mangels passender anderer Unterbringungsmöglichkeit im folgenden Frühjahr nochmals meiner Abteilung zugewiesen. Das Bildungsergebnis blieb daselbe wie im vergangenen Jahr. Der einzige Fortschritt, der mich für meine Bemühungen belohnte, war die Wandlung von Yvannes Verhältnis zu mir. Sie lernte mir in die Augen sehen, wurde zutraulich und gab mir sogar Antwort, sofern sich meine Fragen nicht auf die Schule betreffende Gegenstände bezogen. Das Verhältnis zu ihren Klassenkameraden änderte sich schließlich ebenfalls, indem die groben Neckereien immer seltener wurden und Yvonne sich an den Gemeinschaftsspielen beteiligte ...»

Untersuchungen und Befunde.

Während der ersten ärztlichen Untersuchung war Yvonne kein Wort zu entlocken. Der Gesichtsausdruck war alt und unkindlich. Sie lächelte schüchtern und hielt den Mund ständig etwas offen. Als die Mutter weinte, schaute Yvonne sie nur erstaunt an. Bei der körperlichen Untersuchung zeigte sich, daß ihre Länge 4 cm und ihr Gewicht 2 kg unter der Altersnorm waren. Außerdem konstatierte man leichtes Lidflattern, stark defekte, z. T. schief stehende Zähne, leichten Tremor der Zunge, mittelstark hypertrophierte Tonsillen, etwas vergrößerte Thyreoidea und eine eher trockene Haut. Die Rhinoscopia posterior ergab ziemlich stark ausgeprägte adenoide Vegetationen. Blutdruck 85/50. Pat. wies eine leichtere Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule mit Einziehung der Sacralgegend auf, außerdem angewachsene Ohr läppchen, mangelhafte Streckbarkeit des 5. Fingers bds. und breite Handflächen. Im ganzen machte sie einen etwas verwahrlosten Eindruck.

Im Heim schien sich Yvonne wohl zu fühlen. Sie zeigte sich zufrieden und vergnügt, meist gutmütig, aber etwas stumpf. Nach Überwindung der ersten Scheu nahm sie Anteil an dem, was im Heim vor sich ging. Mit den Kindern suchte und fand sie Kontakt und behauptete sich ihnen gegenüber gut. Sie sprach auch mit diesen, wobei man eine ihrem Alter ungefähr entsprechende Sprache feststellte. Was auffiel, war ihre lässige Sprechweise, wobei sie undeutlich artikulierte, und ihre seltsam tiefe und raue Stimme. Außerdem konstatierten wir, daß sie etwas bequem im Aussprechen des S war. Sie konnte, wenn sie sich Mühe gab, das S aber ohne anzustoßen aussprechen. Sobald ein Erwachsener dazutrat, verstummte sie jäh. Auch der Hausmutter gegenüber verhielt sie sich stumm und drehte den Kopf weg, wenn dieselbe mit ihr sprechen wollte. Schon am zweiten Abend ihres Heimaufenthaltes sprach sie laut das Abendgebetlein nach, nachdem ein anderes Kind geäußert hatte, Yvonne könne das ja sowieso nicht. Anfänglich aß sie wenig, dann aber traten Perioden auf, wo sie kaum zu sättigen war. Heimweh schien sie keines zu haben. In praktischen Dingen zeigte sie sich geschickt. Im Spiel fiel ihre Einfallsarmut auf. Sie spielte jedoch warm mit ihrer Puppe, wobei sie sich ungern stören ließ. Bei den Gemeinschaftsspielen verhielt sie sich eher passiv, aber nur anfänglich. Zu Knaben schien sie sich

mehr hingezogen zu fühlen (was wahrscheinlich dem gewohnten Beisammensein mit ihren Brüdern zugeschrieben werden muß). Ganz offensichtlich fand sie Gefallen an den Dummheiten der größeren Kinder, beteiligte sich aber selbst nicht daran. Gegenüber ihren Kameraden war sie eher derb, zuweilen schadenfroh und ausgesprochen boshaft. Yvonne sprach mit den Kindern langsam und bedächtig und im allgemeinen nur wenig. Schließlich brachte sie es auch über sich, vor dem Lehrer oder der Hausmutter mit andern Kindern zu reden. Auf direkte Fragen von seiten der Erwachsenen verhielt sie sich zunächst stumm und antwortete später wenigstens mit «ja» oder «nein». Allmählich lernte sie auch mit den Erwachsenen zu sprechen, kam dabei aber nur wenig aus sich heraus.

In der ersten Schulklasse bei uns zeigte sie sich nicht ängstlich, leistete aber gar nichts. Obwohl die Schule für sie eine unangenehme Situation darstellte, gewann sie einen guten Kontakt zur Lehrerin. Auf direkte schulische Fragen gab sie zunächst überhaupt keine Antwort und wurde vollständig verstockt. «Ich weiß nicht einmal», äußerte sich die Lehrerin, «ob Yvonne die einfachste Rechenaufgabe lösen oder auch nur ein Wort lesen kann. Im Schriftlichen kopiert sie wohl manchmal mit Bienenfleiß und nicht unschön. Sie schreibt aber z. B. unter ihre sämtlichen Rechenaufgaben dasselbe Resultat hin.» Schließlich taute sie etwas auf und gab der Lehrerin hin und wieder eine Antwort. Sie wußte aber noch nicht einmal, was $2+2$ ist, kannte noch nicht alle Buchstaben, und von Buchstabensynthese war keine Rede. Überhaupt kam unverkennbar eine Unterbegabung stärkeren Ausmaßes zum Vorschein, seit sie sich zu äußern wagte.

Als man die Zeit für gekommen hielt, prüfte man Yvones intellektuelle Fähigkeiten mittels des *Schweizer-Testes*. Yvonne zeigte sich dabei zuerst gehemmt und erklärte sofort, ohne die erste Aufgabe auch nur richtig gehört zu haben: «Das chan ich nöd.» Dann faßte sie Mut, wurde in Mimik und Motorik freier und freute sich, wenn sie eine Aufgabe richtig gelöst zu haben vermeinte. Besonders stark versagte sie bei den verbalen Tests. Sie erzielte einen *Intelligenzquotienten* von 0,69, welches Ergebnis im Sinne einer ausgesprochenen Deblilität gedeutet werden muß.

Bei ihrer Entlassung hatte Yvonne keine großen Hemmungen mehr gegenüber Erwachsenen im Heim. Wenn man sie jedoch direkt ansprach, so antwortete sie immer noch ziemlich einsilbig. Auch in der Schule gab sie nur spärliche Antworten. Den Mitschülern gegenüber verhielt sie sich nun freundlicher. Man beantragte eine Versorgung in eine Anstalt für Schwachbegabte.

Katamnese

Die Nachuntersuchung der nunmehr 17jährigen Yvonne wurde 8 Jahre nach ihrem zweimonatigen Aufenthalt im Kinderheim vorgenommen. Dabei berichtete die Mutter. Yvonne habe unmittelbar nach ihrer Entlassung einige Monate den Kindergarten im nächsten größeren Dorfe besucht, wo sie mit den andern Kindern jedoch keinen sprachlichen Kontakt genommen und sich ziemlich zurückgezogen und passiv verhalten habe. Überhaupt habe sie sich auch weiterhin gegenüber Fremden vorerst absolut stumm verhalten. In letzter Zeit habe sich dies allerdings zusehends gebessert. Bis zu ihrem 16. Altersjahr sei sie hierauf in einem Heim für minderbegabte Kinder gewesen. Seit einem Jahr wohne sie zu Hause und arbeite in einer nahen Fabrik. Man habe ihr dort zuerst die Bedienung einer Maschine anvertraut, bei welcher Arbeit sie sich jedoch nicht bewährt hätte. Darauf habe man ihr in der Fabrik eine einfache manuelle Arbeit zugewiesen, welche sie zur vollen Zufriedenheit ihrer Vorgesetzten, die sie wegen ihres Fleißes und ihrer Willigkeit schätzten, ausführe. = Auch zu Hause, rühmte die Mutter, bedeute ihr Yvonne eine recht brauchbare Hilfe. Sie sei beträchtlich weniger scheu als früher und zeige keinerlei auffällige neurotische Symptome, außer vielleicht einer starken Käfer- und Gewitterangst. Entgegen ihrem gewohnten zutraulichen Wesen, sei sie überdies zur Zeit ihrer Menstruation ausgesprochen schwer zu behandeln. Gegenüber den Geschwistern wisse sie sich zu behaupten, pflege aber außer mit diesen und ihrer Mutter keinerlei Umgang.

Als der Untersucher sich mit der kleinen, körperlich für ihr Alter unterentwickelten Yvonne unterhielt, spürte er förmlich, wie sie von einem gewissen stolzen Selbstbewußtsein darüber erfüllt war, daß sie in Fabrik und Haus die ihr gestellten Aufgaben zur Zufriedenheit ihrer Umgebung auszuführen vermochte. Es stellte sich, wenn man etwas auf sie

inging, sofort ein guter affektiver Rapport her. Ihre Antworten erfolgten etwas schwerfällig und umständlich, aber ohne sichtliche Hemmung. Stimmeln war keines mehr festzustellen.

Es schien nicht zuletzt am einsichtsvollen und verständigen Verhalten der Mutter gegenüber Yvonne zu liegen, daß es derselben gelungen ist, einen ihren Möglichkeiten adäquaten Platz in der Gemeinschaft zu finden und diesen zu ihrer eigenen wie auch zur Zufriedenheit ihrer Umwelt auszufüllen.

Das Krankheitsbild dieser Patientin weist verschiedene parallele Züge zu demjenigen Peters auf. Hier wie dort stießen wir auf das Aufwachsen in ländlicher Abgeschlossenheit, deren Bedeutung für die Entwicklung, besonders der Sprachentwicklung und letztlich für den Mutismus, wir bereits im Falle Rolfs eingehend gewürdigt haben. Hier wie dort konnten wir an Hand der zu unserer Kenntnis gelangten Daten nicht von einer schweren erblichen Belastung sprechen, obwohl eine gewisse Häufung leicht erregbarer und labiler Charaktere auch in dieser Familie auffiel. Auch Yvonne hatte, wie auch Peter, als Kleinkind Rachitis durchgemacht. *J. Spieler* (31) weist auf den relativ hohen Prozentsatz von rachitischen oder mit rachitischen Residuen behafteten Schweigern hin. Peter wie Yvonne begannen erst mit zwei Jahren zu sprechen, zeigten eine sehr ausgeprägte Trotzeinstellung und entwickelten eine starke Aggressivität gegen Gleichaltrige. Beide verhielten sich Erwachsenen gegenüber und in der Schule mutistisch, beide zeigten leichtgradiges Stimmeln. Ihrem schulischen Versagen lag hingegen, zum Unterschied von Peter, eine ausgesprochen schwere Debität zugrunde, die um so mehr zutage trat, als die Schutzwehr des Schweigens, hinter der sich das Kind verschanzt hatte, durchbrochen werden konnte und die durch den Ausfall des Schweizer-Tests endlich einwandfrei erwiesen wurde.

Eine gewisse Scheu mit Sprechhemmung wäre bei einem auf einsamem Bauernhofe aufgewachsenen Kind an sich sicher noch als in die normale Breite fallend zu betrachten. *Tramer* (32) bezeichnet die Scheu vor erwachsenen Fremden überhaupt als eine frühestinfantile Reaktionsform, die nach Art eines bedingten Hemmungsreflexes eine pathologische Fixierung erfahren könne. Es werde somit eine archaische Reflexform aus der Kategorie der Abwehrreflexe abnormal lange festgehalten. Dazu könne sich im Laufe der Entwicklung ein anderer Abwehreffekt, z. B. ein aktiver Trotz, gesellen, der das Festhalten noch verstärke.

A. Weber (33) bezeichnet die intellektuelle Unterbegabung als günstigen Boden für stuporöses Reagieren und Eigensinn und weist darauf hin, daß die Debität den Mutismus insofern begünstigt, als die bei einem intelligenten Kinde dem Mutismus entgegenwirkenden Antriebe, wie geistiges Interesse, Fragebedürfnis und normaler Leistungsehrgeiz, bei einem Debiten eine weit geringere Rolle spielen. Es fehlt, um einen Ausdruck *Kussmauls* zu gebrauchen, an der »geistigen Redebereitschaft«.

Der Schuleintritt mag auf die bisher im einsamen Bauernhof aufgewach-

sene, vor Fremden sprechscheue Yvonne einen ähnlichen Eindruck gemacht haben wie auf den in annähernd gleichen Verhältnissen lebenden Rolf, als er in die Sonntagsschule gebracht wurde. Immerhin ist der Altersunterschied zu beachten, ferner die Tatsache, daß Rolf erst ein halbes Jahr vorher die Sprache überhaupt erlernt hatte und vor allem der Umstand, daß Yvonne schon vor der Schule ein lebhaftes, aber ängstliches Kind war, nun einem Übermaß von Eindrücken ausgesetzt war, die sie wegen ihrer Unterbegabung nur ungenügend zu verarbeiten verstand. Die verschiedenen Handlungen, die sie in der Schule unternahm, um sich geltend zu machen, belegen, daß sie sich zurückgesetzt fühlte. Schon immer sprechscheu vor Fremden, stärker ängstlich als andere Kinder, sich im Hintertreffen und vom Lehrer übergangen fühlend und vieles unternehmend, sich geltend zu machen, geriet sie zunächst in den elektiven Mutismus gegenüber dem Lehrer. Aktives Temperament und Geltungssucht drängten jedoch so stark nach Beziehung und Anerkennung, daß sie ihr Schweigen hie und da einmal unterbrach und es innert relativ kurzer Zeit aufgab, als sie im geschlossenen Kreis des Kinderheimes genügend zur Geltung kam, gewürdigt und beruhigt wurde. Sie hat im Gegensatz zu Rolf das Schweigen nicht verwenden können, sich interessant zu machen und ihrer Geltung so Genüge zu verschaffen. Debilität und aktives, ja aggressives Temperament mögen die Ursache dafür sein. Trotzdem wurde der Mutismus, der vielleicht anfänglich mehr als einfache Stuporreaktion aufgetreten war, im Zusammenhang mit dem immer stärker empfundenen Versagen in der Schule je länger je mehr neurotisch fixiert, eingebaut in die seelische Gleichgewichtsstörung als eines deren Symptome.

Yvones Mutismus in der Schule als «neurotische Eindrucksverdauungsstörung», um einen Terminus *Spilers* zu verwenden, hatte unter andern den verborgenen Sinn, sich aus dem für sie aussichtslosen Konkurrenzkampf auszuschalten, ihre Leistungen unkontrollierbar zu machen, und ihr intellektuelles Unvermögen zu tarnen, was ja auch bis zu einem gewissen Grade gelang. In der Schadenfreude, als Ausdruck passiver Aggressivität, den aktiv aggressiven Ausfällen gegen die Klassengenossen und den Störungsaktionen während der Schulstunden rächte sich, wie bei Peter, der gekränkte Eigenstolz des zu Hause als lieb und anhänglich geschilderten Kindes.

Krankengeschichte Nr. 4

Von der ärztlichen Leitung eines ausländischen Amtes für Kriegsgeschädigte wurde dem 7jährigen Rudi wegen angeblich durch miterlebte Bombardierungen verursachten hochgradigen Sprachstörungen und wegen Bettnässens ein 3monatiger psychiatrischer Beobachtungsaufenthalt im Kinderheim Brüschalde ermöglicht.

Vorgeschichte: Der Vater Rudis, ein körperlich gesunder und seelisch ausgeglichener Handwerker, sei sehr häuslich und spiele viel mit den Kindern. Der Großvater väterlicherseits sei unauffällig und die Großmutter väterlicherseits eigensinnig und herrschsüchtig gewesen. Eine Schwester des Vaters sei charakterlich der Großmutter väterlicherseits

ähnlich. Die Mutter, die eine kaufmännische Ausbildung genossen hat, zeigt eine ausgeglichene, energisch-zielbewußte, eher resolute Wesensart. Die Kindseltern sollen in geordneten Verhältnissen und harmonischer Ehe leben. Der Großvater mütterlicherseits sei ein fröhlicher, aber etwas willensschwacher Mensch gewesen. Die Großmutter mütterlicherseits und die Geschwister der Mutter seien unauffällig. Geistes- und Gemütskrankheiten sollen in der Familie nicht vorgekommen sein. Rudi hat einen um 3 Jahre älteren Bruder, der gesund, kräftig, intelligent und von herrschsüchtigem Wesen sei.

Nach einer normalen Geburt sei Rudis körperliche Entwicklung im ganzen eher etwas verzögert gewesen (erste Zähne mit 10 Monaten, Zahnwechsel mit 7 Jahren), was wahrscheinlich mit den vielen Krankheiten zusammenhänge, die der Knabe durchgemacht habe (mit 10 Monaten eine Lungenentzündung, gefolgt von einer Brustfell- und Mittelohrentzündung, nachher noch Röteln, Mumps, Masern, Keuchhusten und Varicellen).

Die psychische Entwicklung sei bis zum kritischen Ereignis im Jahre 1944 normal verlaufen. Rudi sei sehr anhänglich, lebhaft und nicht besonders ängstlich gewesen. Die ersten sinnvollen Wörter habe er um die erste Jahreswende gesprochen und darauf rasche sprachliche Fortschritte gemacht. Die entscheidende Wendung im Verhalten des Knaben hätten die Bombardierungen im Mai 1944 gebracht. Das erste Mal seien in ca. 30 m Entfernung mehrere Bomben niedergegangen. Der 2²/₁₂ jährige Rudi sei bei den Explosionen erblaßt und sei unfähig gewesen zu schreien. Erst nachträglich sei er in den Luftschutzkeller getragen worden. Bei den nächsten Bombardierungen hätten die Schreckreaktionen des Kindes noch zugenommen, indem er sich blau verfärbt habe und darnach einige Zeit unansprechbar gewesen sei. In der Folge habe er nicht mehr gesprochen und sein Appetit habe merklich abgenommen. Später sei die Familie auf das Land evakuiert worden. Auch nur das Ertönen der Sirenen habe beim Kinde die gleichen Reaktionen ausgelöst wie die ersten Bombenexplosionen.

In den folgenden Jahren habe Rudi das vollständige Schweigen allmählich überwunden. Indessen soll er eine nur seiner Mutter verständliche Kunstsprache entwickelt haben, die durch Stottern überlagert gewesen sei. Während eines Jahres habe er den Kindergarten besucht, wo sich seine Behinderung im Sprechen in Form von großer Hemmung und Undeutlichkeit und vor allem von Stottern sehr nachteilig ausgewirkt hätte. Im übrigen habe er, abgesehen von einer gelegentlichen Streit- und Necksucht, keine Schwierigkeiten geboten. Ein Jahr darauf sei Rudi zur Schule geschickt worden. Dem Lehrerbericht war zu entnehmen, daß der Knabe einen intelligenten Eindruck gemacht, sich durch rasche Auffassung ausgezeichnet und sich in den schriftlichen Arbeiten sehr gut bewährt haben soll. Im mündlichen Unterricht dagegen sei er stark behindert gewesen. Er habe sich nie spontan zum Wort gemeldet und sich sehr vor dem Belächeltwerden von seinen Klassen-genossen gefürchtet. Hin und wieder sei er zerstreut und geistesabwesend gewesen. Im Umgang mit den Kameraden habe er sich nicht so gehemmt gezeigt wie im mündlichen Unterricht. Er habe mit ihnen gespielt und es verstanden, sich wenn nötig zur Wehr zu setzen.

Die vom Amt für Kriegsgeschädigte angeordneten Voruntersuchungen durch einen Laryngologen und einen Neurologen zeigten folgende Resultate: Körperlich sei der Knabe annähernd normal entwickelt. Es liege aber eine Hypertrophie der Gaumen- und Rachenmandeln vor, deren operative Beseitigung empfohlen wurde. Die Sprachstörungen wurden als vorwiegend psychogen bedingt betrachtet, wobei aber vermutet wurde, daß nicht nur das Schreckerlebnis an sich, sondern eine gewisse konstitutionelle Veranlagung sowie möglicherweise ungünstige Milieueinflüsse pathogenetisch beteiligt seien.

Untersuchungen und Befunde

In körperlicher Hinsicht erschien Rudi als blasser, schwächlicher Knabe von grazilem Körperbau und asthenischem Konstitutionstyp. Seine Länge war 7 cm über, sein Gewicht 5 kg unter der Altersnorm. Man konstatierte narbige Residuen von durchgemachten Otitiden an beiden Trommelfellen, stark kariöse und sanierungsbedürftige Zähne und starke Hypertrophie des lymphatischen Gaumenringes. Ein angedeuteter Pectus carinatum sowie noch bestehende Auftreibungen an den costalen Knochenknorpelgrenzen weisen auf eine durchgemachte Rachitis hin. Im übrigen konnten keine pathologischen Organbefunde festgestellt werden. Die Genitalentwicklung stand noch auf infantiler Stufe. Das

Nervensystem wies Zeichen einer starken Erregbarkeit (gesteigerte Hautreflexe, sehr lebhaftes Schnenreflexe) auf. Im übrigen waren besonders beim Sprechen ticartige Bewegungen um den Mund zu beobachten.

Im Heim zeigte sich Rudi Erwachsenen gegenüber sehr zurückhaltend, gegenüber Kindern dagegen bald außerordentlich necksüchtig, ja spitzbübisch. Er paßte sich gut und rasch in seine neue Umgebung ein. Nach wenigen Tagen schon konnte man ihn mit Gespielen plaudern hören, allerdings ohne daß man ihn zunächst hätte verstehen können. In neuen Situationen zeigte er sich überaus vorsichtig, manchmal geradezu ängstlich. Am wohlsten fühlte er sich in einem kleinen Kreise, wie er z. B. in unserer Ferienkolonie gegeben war. Dort taute er auf, verlor z. T. auch Erwachsenen gegenüber seine Hemmungen und machte spontan Sprachübungen, offenbar von der Art, wie man sie ihm zu Hause vorgemacht hatte. Bei Unterredungen mit dem Arzt stellte derselbe, nachdem die ersten sprachlichen Kontaktschwierigkeiten behoben waren, fest, daß Rudi eine seinem Alter angemessene Sprache redete und bis zu einem gewissen Grade kontaktbedürftig war. Er hing offenbar stark an seinen Angehörigen und sehnte sich darnach, nach Hause zurückzukehren. Erzieherische Schwierigkeiten bot Rudi keine, abgesehen davon, daß er bis auf wenige Ausnahmen täglich sein Bett näßte, wogegen sich sowohl erzieherische als auch medikamentöse Mittel als fruchtlos erwiesen. Als man den Knaben in der Universitäts-poliklinik für Sprach- und Stimmkranke untersuchen ließ, teilte der zuständige Arzt mit, daß er das festgestellte Stottern und Stammeln als neurotische Symptome auffasse und neben der Psychotherapie noch eine Sprachschulung empfehle. Diese wurde entsprechend den Anordnungen des Spezialarztes während der zweiten Hälfte des Heimaufenthaltes systematisch durchgeführt. Rudi machte dabei ermutigende Fortschritte und lernte, ohne anzustoßen, kleinere Sätze zu sprechen, womit auch erst eine regelrechte psychiatrische Exploration möglich wurde.

Tests und ihre Auswertung

Die Testuntersuchungen gaben über die Persönlichkeit des kleinen Patienten und seine Konflikte weiteren Aufschluß. Sie haben bestätigt, daß die intellektuelle Begabung des Kindes an sich normal war, daß aber die erreichte Entwicklungsstufe auf affektivem Gebiete im Vergleich zum Alter einen nicht unerheblichen Rückstand aufwies. Dies dokumentierte sich durch infantile Zeichnungen, durch eine Neigung zur Perseveration und Stereotypie und eine Vorliebe für kindliche Träumereien, verbunden mit einer unverkennbaren Leistungsschwäche. In affektiver Hinsicht war Rudi nicht etwa gemütsarm, sondern in Gefühlsleben und -äußerung stark gehemmt. Dies ging z. B. im Rorschach-Versuch aus der Vorliebe für Ganzantworten, dem koartierten Erlebnistypus und der Ablehnung von Farbkomponenten hervor. Auch die Neigung zu HD-Deutungen wurde verdrängt und führte zu einem Versager. Aus einigen anderen Projektionstests ging die innere Einstellung des Kindes zu seiner Umgebung und seinen Problemen hervor: im Mittelpunkt seiner Befürchtungen und seiner Wünsche stand das «Haus». Er sehnte sich in das Elternhaus zurück, dachte in jeder Situation daran, zeichnete mit Vorliebe Häuser, die sich eng um eine schützende Kirche gruppieren und träumte jetzt noch, das elterliche Haus stehe in Flammen. Im Haus spielte die Mutter die Hauptrolle. Der Knabe hatte zu ihr eine sehr starke Bindung und wollte sie ganz für sich in Anspruch nehmen. Sichtlich lehnte er seinen Vater und seinen älteren Bruder ab. Ob dies lediglich dem Wunsche entsprach, die Mutter für sich allein zu beanspruchen, oder ob noch andere Gründe für die Ablehnung des Vaters bestanden, hatte sich nicht mit Sicherheit eruieren lassen. Es schien, aus den Tests zu schließen, daß Rudi unbewußte Todeswünsche gegen Vater und Bruder hatte, die intensive Schuldgefühle nach sich ziehen und damit Angst erzeugen mußten. Letztere war aber sicherlich auch teilweise auf die frühkindlichen Schreckerlebnisse zurückzuführen. Es hat sich nämlich gezeigt, daß er sich noch sehr mit Vorstellungen von brennenden Häusern, Rauch und Zerstörung beschäftigte. Auch die neurotischen Erscheinungen selbst, die unlustvoll erlebt wurden, wie das Schweigen und das anschließende Stottern und Stammeln sowie das Bettnässen, erfuhren eine sekundär komplexhafte Verarbeitung.

Therapeutisch erachtete man erstens Trennung vom alten Milieu und zweitens systematische Sprachschulung für notwendig, um endlich den *Circulus vitiosus* zu unter-

brechen und dem Kinde etwas mehr Sicherheit und Selbstvertrauen zu geben. Zum Teil ist dies bereits während des Heimaufenthaltes im Kinderheim gelungen. Außerdem empfahl man eine gründliche psychotherapeutische Behandlung. Im weitem hielt man dafür, daß nach Rückkehr des Knaben in die Familie ein ortsansäßiger Psychiater Rudi weiter betreuen und auch die Eltern und deren Erziehungsmethoden untersuchen und wenn nötig sanieren sollte.

Die Prognose hielt man für recht gut, sofern an konsequenter Durchführung der eingeleiteten Maßnahmen festgehalten und der Knabe nicht vorzeitig sich selbst und seiner Familie überlassen würde.

Die Frage der erblichen Belastung bei unserem Patienten abzuklären, war uns aus den naturgemäß subjektiven Angaben der Mutter, die uns allein zur Verfügung standen, ganz abgesehen von deren Unvollständigkeit, schlechthin nicht möglich. Außer einigen vielleicht etwas auffälligen Charakteren in dieser Familie schien aus dem wenigen, das zu unserer Kenntnis gelangte, zu schließen, nichts in diese Richtung zu weisen. Es mußte offen gelassen werden, inwieweit bei der Pathogenese unseres Falles neben dem äußeren Ereignis ein konstitutionelles Moment möglicherweise mit eine Rolle gespielt hatte. Wie dem auch sei, scheint nach *R. Brun* (34) für das Zustandekommen einer solchen Schreckneurose, wie sie in unserem Falle primär vorlag, eine vorbestandene Disposition nicht unbedingt vorhanden sein zu müssen. Die Kriegserfahrungen haben indessen gelehrt, daß auch gesunde, körperlich und seelisch robust konstituierte Personen unter der Gewalt eines plötzlichen, die Fortexistenz des Individuums, des Ich-bedrohenden Geschehens eine Schreckneurose acquirieren können.

Die körperliche Entwicklung Rudis soll bis zu den Schreckerlebnissen im Mai 1944 normal gewesen sein, abgesehen von einer gewissen Verzögerung, die man aber als Folge der mannigfachen Krankheiten verstehen konnte, die der Knabe in den zwei ersten Lebensjahren durchgemacht hatte. Psychisch soll er vorher unauffällig gewesen sein. Auch die sprachliche Entwicklung war, nach Angaben der Mutter, bis zum Zeitpunkt der traumatisierenden Erlebnisse, normal. Man lernte Rudi im Heim als nervöses, sensibles und leicht erregbares Kind kennen, und es wäre deshalb wohl möglich gewesen, daß dasselbe durch die Schreckerlebnisse besonders tief und nachhaltig getroffen worden wäre.

Aus dem vorher Ausgeführten erhellt, daß die Schrecktraumata bei den Bombardierungen durchaus geeignet waren, Rudi einen schweren psychischen Schaden zuzufügen. Schon allein die Tatsache, daß uns der Knabe mit 7 Jahren wegen Folgeerscheinungen von Schreckerlebnissen, deren Opfer er im Alter von $2\frac{1}{2}$ Jahren, also vor 5 Jahren, gewesen war, vorgestellt wurde, beweist, ganz abgesehen davon, daß dies auch aus den Resultaten der angestellten Testuntersuchungen eindeutig hervorging, daß seine Entwicklung seither in pathologische Bahnen gelenkt worden war, d. h. daß der initiale Schreck sekundär eine psychoneurotische Verarbeitung und Überlagerung erfahren hatte. Die schreckneurotischen Symptome an sich

sind flüchtig und klingen nach Tagen, Wochen, spätestens einigen Monaten ab, sofern die Aktualneurose nicht zum Kristallisationskern einer sekundär sich überlagernden Psychoneurose wird, nach *Brun* (35) meist einer Hysterie oder Angsthysterie.

Es wäre, wie die Erfahrung lehrt, wohl nicht jedes Kind, das ähnliche Erlebnisse über sich ergehen lassen mußte, einer solchen psychischen Fehlentwicklung verfallen. Die Untersuchung der näheren Umstände half uns indessen, bei unserem Fall einige Zusammenhänge in der Kausalitätskette aufzudecken. Es erschien uns vorerst außerordentlich wichtig, daß das psychische Trauma das Kind gerade zu Beginn seiner Trotzphasenzeit, anfangs des dritten Lebensjahres, getroffen hatte. Bekanntlich sind solche Wendepunkte der psychischen Entwicklung besonders exponiert. Auf die besondere Gefährdung in solchen Phasen psychischen Umbaus weist auch *Joseph Spieler* (36) hin. Er zeigt, wie vor allem außergewöhnliche Ereignisse und Belastungsproben sich in solchen Perioden, z. B. auch im Beginn der Latenzzeit, in der Übergangsphase vom Subjektivismus zum Objektivismus im 5. bis 6. Lebensjahr (*Charlotte Bühler*), verhängnisvoll auswirken können.

Daß das Kind auf die Schrecktraumata mit dem Verlust der Sprache und später mit Stottern reagierte, liegt durchaus im Rahmen psychopathologischer Gesetzmäßigkeiten. Daß der Schreck verstummen macht – man vergegenwärtige sich die Redensart: «Es schlägt einem die Sprache» –, ist eine allgemeine Beobachtung. Wir haben es hier mit sogenannten «Primitivreaktionen», wie diese unmittelbaren, akuten Stuporreaktionen genannt werden, zu tun. «Die sekundäre Fixierung des primären, vegetativen Schrecksyndroms wird dadurch begünstigt», um *R. Brun* (37) zu zitieren, «daß mit den organischen Symptomen sehr häufig, vielleicht sogar regelmäßig, schon im Initialstadium auch hysteriforme Symptome seitens des cerebrospinalen Nervensystems, insbesondere solcher motorischer Natur, verknüpft sind: Lähmungen im Sinne von Mono- und Paraplegien, Kontrakturen, pathologische Haltungs- und Tonusveränderungen, Sprach- und Stimmstörungen. Es handelt sich dabei offenbar um mehr oder weniger präformierte, phylo- und ontogenetisch alte Schutz- und Abwehrreflexe (*Sommer*), die ihre anatomische Basis im extrapyramidalen System haben». Die erstarrende (und verstummende) Wirkung der Angst soll, wieder nach *Brun*, ein Überrest des in der Tierwelt weitverbreiteten «Totstellreflexes» sein, der ursprünglich sicher außerordentlich zweckmäßig war, jedoch seine Bedeutung bei den höheren Tieren und beim Menschen weitgehend eingebüßt hat. In diesen Zusammenhang gehören auch die Schreckhaltungen und -reflexe von Säuglingen, die z. B. durch ein kräftiges Klopfen auf die Unterlage in stereotyper Weise aus gelöst werden können. Schon *Charcot* und später *Breuer* und *Freud* haben diese motorischen Symptome als fixierte Ausdrucksbewegungen erkannt.

Das Erlebnis einer schwersten Bedrohung der eigenen Persönlichkeit, verbunden mit der Zerstörung der Grundpfeiler der kindlichen Welt waren also durchaus geeignet, dauerhafte Gefühle der Unsicherheit und Angst zu erzeugen, deren Verdrängung zu neurotischen Phänomenen (Stottern, Essensunlust, Bettnässen) führte.

In den folgenden Jahren war die Entwicklung des Knaben durch die Sprechstörung erheblich beeinträchtigt. Er fühlte sich schwach und gefährdet und suchte deshalb die Nähe und den Schutz seiner Mutter auf, zu welcher er eine sehr starke Bindung ausgebaut hatte. Ob bei unserem Rudi diese psychische Entwicklung in Richtung einer abnorm verstärkten Mutter-Bindung auch ohne jene Traumatisierung eingetreten wäre, ließ sich nicht mit Sicherheit entscheiden. Möglicherweise ist sie durch gewisse Milieufaktoren zusätzlich begünstigt worden. Aus den Tests ergab sich, daß der Knabe seinen Vater und seinen Bruder ablehnte oder zumindest ihnen gegenüber ambivalent eingestellt war. Es entzog sich unserer Kenntnis, ob diese zwei Personen Rudi realen Anlaß zu seiner Einstellung gegeben hatten. Wir wissen lediglich, daß die Mutter in der Familie dominiert, das Geschäft führt und daß der Vater eine untergeordnete Rolle spielt.

In unserem Heim lernte man den Patienten als normal intelligentes Kind kennen, welches vor allem in Gegenwart von Autoritätspersonen außerordentlich schüchtern und zurückhaltend war. Im Gegensatz dazu stand die Betriebsamkeit und das temperamentvolle Auftreten in Gesellschaft Gleichaltriger. Zur weiteren Charakterisierung des Knaben gehört seine in den verschiedenen Tests nachgewiesene Verdrängungsbereitschaft. Die Sprachstörungen, Tics und die Enuresis nocturna stellten nach unserer Auffassung (hysteriforme) Symptome einer sich um einen aktualneurotischen Kristallisationskern entwickelten Psychoneurose dar. Der Inhalt der Konflikte wurde durch den Hausverlust, die übertriebene Mutter-Bindung, die ambivalente Einstellung zu Vater und Bruder und endlich durch das sekundäre, unlustbetonte Erleben der neurotischen Symptome selbst gegeben.

Wir hatten es, nach der Weberschen Einteilung, mit einem totalen einfach-reaktiven Mutismus als orale Seite einer allgemein stuporös-depressiven Reaktion auf ein Schrecktrauma zu tun, der – wie im Falle des kleinen Rolf – sekundär neurotisch fixiert wurde und so, zum neurotischen Mutismus geworden, ein Symptom unter anderen einer schweren Kinderneurose darstellte.

Vergleichende Zusammenstellung und ihre Auswertung

Im folgenden wollen wir unsere Krankengeschichten gesamthaft betrachten und die 4 von Weber ausführlich beschriebenen Fälle als Vergleich heranziehen.

Bezüglich des Milieus, in dem unsere vier Mutisten aufgewachsen sind, fällt auf, daß alle, außer dem Kriegskind Rudi, ihre Kindheit in ländlicher Abgeschiedenheit verlebt. Bei *Weber* ist dies bei einem seiner Schweiger auch der Fall, während bei zwei andern die Eltern als sehr zurückgezogen lebend beschrieben werden. Durch unsere Untersuchungen im Falle des kleinen Rolf haben wir aufgezeigt, in welcher Weise dieser Milieufaktor begünstigend die Entwicklung im Sinne eines Mutismus beeinflussen kann. Wenn wir uns der dort gewonnenen Gesichtspunkte erinnern, kann es uns nicht mehr verwundern, weshalb gerade diese Kinder, deren Umwelt fast ausschließlich durch das häusliche Milieu, d. h. durch dessen in ihrer sprachlichen Ausdrucksform nur zu oft kärglich entwickelte oder im sprachlichen Kontakt gehemmte Repräsentanten gegeben ist, eine situativ bedingte Disposition aufweisen, das Verhalten einer der vorsprachlichen Ära adäquaten Entwicklungsstufe anzunehmen. Wir haben gesehen, daß bei diesen Kindern, deren Sprachentwicklung aus milieumäßigen Gründen meist erschwert, verzögert oder gestört ist, der Unterschied zwischen der Sprache im Haus und in der Schule ein Problem der zu Gefühlskonflikten führenden «Zweisprachigkeit» – man könnte von einem Pseudo-Bilingualismus sprechen – darstellen kann. Die Tatsache, daß fast alle von unseren und *Webers* Schweigern gegenüber Erwachsenen scheu, meist sogar mutistisch waren, kann auch von dieser Seite her erklärt werden, indem nämlich der fremde Erwachsene vom Kinde oft wie ein Fremdsprachiger erlebt wird.

Bei der Mehrzahl der 8 (4 von *Weber* und 4 eigene, von uns ins Auge gefaßten Fälle trat das mutistische Verhalten beim Schuleintritt im 6.-7. Altersjahr, also bei der ersten Abhebung von der Familie, auffälligerweise zutage, was noch verständlicher wird, wenn wir berücksichtigen, daß fast keinem der kleinen Patienten durch Besuch eines Kindergartens der allzu krasse Übergang ins fremde Milieu erleichtert worden war. Auch *Spieler* bezeichnet es als auffällig, daß weitaus die meisten Schweiger keinen Kindergarten besucht hätten.

Bei Betrachtung der die heredo-familiären Verhältnisse unserer und *Webers* Kranken betreffenden Daten, denen es meist an Vollständigkeit und Objektivität gebricht, fällt uns vor allem die fast durchwegs nachweisbare Häufung absonderlicher Charaktere auf. In keinem Fall sind wir jedoch an Hand der uns zur Verfügung stehenden Unterlagen berechtigt, von einer ausgesprochenen Erblichkeit des Leidens zu sprechen, wobei uns aber ferne liegt, in Abrede zu stellen, daß eine solche pathogenetisch für diese Krankheitsbilder bedeutungsvoll sein könne. Wenn wir des öftern Bettnässer und Personen mit verzögerter, erschwelter und gestörter Sprachentwicklung unter den Familienangehörigen, meist den Geschwistern, finden, so sind wir, nach unseren Erfahrungen, eher geneigt, in erster Linie milieumäßige als konstitutive Momente hierfür als ausschlaggebend zu betrachten.

Es fiel uns bei den Beschreibungen der Väter der Patienten auf, daß 4 von 8 als jähzornig, aufbrausend oder roh bezeichnet wurden, ihrem Wesen nach also ganz dazu angetan waren, die durchwegs als empfindsam geschilderten kleinen Patienten in Angst und Schrecken zu versetzen. Dieser Umstand erzeugt einesteils eine zumindest ambivalente Einstellung zum Vater, wie sie z. B. beim kleinen Rudi durch die Testergebnisse einwandfrei erwiesen werden konnte. Andernteils wird so das vermehrte Bedürfnis geschaffen, bei der Mutter Schutz zu suchen, und damit die überstarke Mutter-Bindung gefördert und unterhalten, die *Weber* in allen seinen Fällen betonte und von uns nur bestätigt werden kann. Die von *Weber* als mit dieser abnorm verstärkten Mutter-Bindung im Zusammenhang stehend angenommene, in allen seinen Fällen aufgezeigte Fixierung oraler Züge, die sich äußerte im Stottern, Stammeln, undeutlichen Artikulieren, Lutschen, Nägelbeißen, Federhalterkauen, ferner in Küß- und Beißsucht und Eßstörungen, können wir ebenfalls bei 3 von unsern 4 Patienten nachweisen. In der Hälfte der 8 Fälle wird der Vater des weitern als wortkarg, verschlossen, still bezeichnet, und wir wollen die Frage offen lassen, ob außerdem durch eine Identifizierung mit dem sprachscheuen Elternteil dem Zustandekommen eines Mutismus nicht zum mindesten Vorschub geleistet werden kann.

Von der Hälfte der Mütter finden wir Angaben, wonach diese durch Nachgiebigkeit und allzu große ängstliche Besorgnis das betreffende Kind verwöhnt hätten, durch welche erzieherisch ungeschickte Verhaltensweise ihr nicht geringer Anteil am Entstehen einer abnorm starken Mutterbindung gegeben ist. Bei vier von den 8 Müttern finden wir vermerkt, daß sie mit Arbeit überlastet gewesen seien und dadurch zu wenig Zeit für die Kinder gehabt hätten. Dadurch kann sehr wohl im Kinde die unbewußte Tendenz entstehen, sich durch Rückkehr auf eine kleinkindliche, eventuell der vorsprachlichen Ära entsprechende Entwicklungsstufe die liebevolle mütterliche Zuwendung zu sichern, was durch die mutistische Verhaltensweise in gewissem Sinne auch erreicht werden kann und wiederum einer Fixierung der überstarken Mutter-Bindung gleichkommt.

In der Anamnese von 3 der 8 Fälle fanden wir Pertussis und in 6 Fällen Zeichen einer durchgemachten rachitischen Erkrankung. Auf das gehäufte Auftreten der Rachitis bei spätern Schweigern hat schon *Spieler* hingewiesen. Die Mehrzahl der Patienten befand sich betreffend Größe und Gewicht unter der Altersnorm, wurde als physisch unterentwickelt und schwächlich bezeichnet, wies eine erhöhte Reflexerregbarkeit auf und hatte verspätet zu sprechen begonnen. Zwei der von uns untersuchten 4 Fälle waren vom asthenischen Konstitutionstypus. Von den 8 Kindern zeigten 7 aktive oder passive Trotzreaktionen, bei allen 8 war gegenüber Gleichaltrigen eine Neigung zu aktiven Aggressionen oder zu passiver Aggressivität, in Form von ausgesprochener Schadenfreude, festzustellen, bei manchen beides, und

ebenfalls alle 8 konnte als empfindsam bezeichnet werden. Die Neigung zu stuporösem und depressivem Reagieren ist, nach den 8 Fällen zu schließen, wahrscheinlich eine allgemeine Eigenschaft der kleinen Schweiger, ebenso wie ein starkes Liebesbedürfnis.

Bezüglich der Intelligenz bezeichnet *Weber* alle seine 4 Mutisten als in verschiedenem Grade intelligenzschwach. Von 30 von *Spieler* gesammelten Fällen soll der Intelligenzgrad nur bei 5 Kindern unter der Norm gewesen sein. Bei unseren 4 Schweigern waren 2 normalbegabt, 1 an der untern Grenze des Durchschnittes und das Mädchen Yvonne ausgesprochen debil. Bei der Beurteilung des letzteren Falles sind wir näher auf die Beziehung zwischen Intelligenzschwäche und Mutismus eingetreten.

Die an Stelle der infolge ihrer Heterogenität nicht mehr befriedigenden Einteilung des Mutismus nach *Waterink* und *Vedder* von *Weber* vorgeschlagene, nach einem der heutigen psychiatrischen Betrachtungsweise entsprechenden einheitlichen Gesichtspunkt geordnete Einteilung bedeutet, nach unserer eigenen Erfahrung, ein Fortschritt in der Diagnostik und Beurteilung dieser Krankheitsbilder und ist darüber hinaus auch richtungsweisend für die Therapie. Sie erfaßt unserer Auffassung nach in einfacher und klarer Weise das Wesentliche dieser Affektionen. Die Differentialdiagnose zwischen einfach-reaktivem und neurotischem Mutismus dürfte keine besonderen Schwierigkeiten bieten. Ersterer ist eine stuporöse Reaktion auf ein Schreck- oder Angsterlebnis, deren Symptome flüchtig sind. Letzterer stellt ein fixiertes psychoneurotisches Symptom dar. Die Unterscheidung des neurotischen Mutismus in einen solchen, der auf Grund einer selbständigen neurotischen Entwicklung entstanden, und einen anderen, der das Resultat einer sekundär neurotischen Verarbeitung eines einfach-reaktiven Mutismus ist, scheint uns von untergeordneter Bedeutung, indem im Einzelfall die Zuordnung zu einer der beiden Untergruppen oft gar nicht ohne weiteres eindeutig durchführbar ist, d. h. die Übergänge zwischen ihnen fließend sind. Bei den von uns beschriebenen 4 Fällen von neurotischem Mutismus haben wir 3 als aus einem einfach-reaktiven Mutismus entstanden interpretiert, währenddem wir den Fall «Peter» eher als selbständige neurotische Entwicklung aufgefaßt haben.

Ob ein einfach-reaktiver Mutismus eine sekundär neurotische Fixierung erfährt, dürfte einerseits von der konstitutionellen Disposition abhängen und anderseits von den situativen Gegebenheiten, den Wechselbeziehungen zwischen dem kleinen Patienten und dessen Umwelt. Der Fall «Peter» zeigte uns, daß die Frage der Konstitution in bezug auf die mutistische Verhaltensweise nicht vernachlässigt, auf der anderen Seite aber auch nicht überwertet werden darf, denn die Tatsache von Peters raschen Fortschritten in geeignetem Milieu beweist, wie sehr bei diesen Kinderneurosen, selbst wenn wie hier eine gewisse Disposition unzweifelhaft vorhanden ist, auch

das fixierte neurotische Symptom, z. B. der Mutismus, umweltbedingt und umweltaabhängig ist.

Was die Ausdrücke «elektiver» und «totaler Mutismus» anbetrifft, so verstehen wir diese, auf die Neurose als Ganzes bezogen, nur als quantitativ verschiedene Ausbildungsgrade der neurotischen Verhaltensweise gegenüber der Umwelt, d. h. eher dynamisch als im Sinne stationärer Krankheitsbilder. Die zwei Erscheinungsformen können ineinander übergehen, und dies in beiden Richtungen.

Wir halten uns heute zu der Auffassung berechtigt, daß der neurotische Mutismus, ob er nun klinisch total oder elektiv auftrete, lediglich *ein* Symptom – wenn auch seinem Wesen nach vielleicht das hervorstechendste – eines neurotischen Entwicklungsprozesses darstellt. Bei eingehender Untersuchung eines gegebenen Falles von neurotischem Mutismus werden sich neben demselben immer noch andere Anzeichen für das Vorliegen einer eigentlichen Kinderneurose aufzeigen lassen. *Glanzmann* beschrieb *einen* solchen, nach seinen Beobachtungen konstant auftretenden neurotischen Symptomenkomplex und nannte dieses Syndrom den «pluriorifizierten Schmoller». In seiner «Psychologie des gesunden und des kranken Kindes» stellt uns *Glanzmann* (38) diesen pluriorifizierten Schmoller als besonderen Typ des trotzigen Kindes vor. Das dieses Syndrom aufweisende Kind stellt dieser Autor dem aktiven Trotzkind gegenüber, das seinen Eigenwillen durch heftige motorische Entladungen durchsetzt und charakterisiert den pluriorifizierten Schmoller durch seine Verhaltensweise, der Umwelt passiven Widerstand entgegenzusetzen, sich gegen dieselbe abzusperren und sich auf Affektretention zu beschränken. Als die drei Hauptsymptome des pluriorifizierten Schmollers gibt *Glanzmann* an:

1. *Mutismus* (totaler oder elektiver),
2. *Urinretention*, wobei als Folge Incontinentia paradoxa (Harnträufeln) auftreten kann, und
3. *willkürliche Stuhlverhaltung* und als deren Folge Enkopresis.

«Diese oft lange Zeit schmollenden Kinder», schreibt *Glanzmann*, versagen also infolge einer Verstimmung ihrer Umgebung die Gunstbezeugung des Wortes, der Urin- und Stuhlabgabe.» Unter «Ätiologie und Pathogenese» wird auf die erhebliche Rolle, die Heredität und Konstitution bei diesen Trotzneurosen spielen, hingewiesen. Der pluriorifizierte Schmoller wird dem asthenischen Konstitutionstyp zugeteilt, während das aktive Trotzkind sich nach *Glanzmann* überwiegend aus Vertretern des gedrungen-pyknischen oder häufig sogar das athletischen Typs rekrutiert. Des weitern wird dem Milieu Erwähnung getan und besonders auf den Einfluß falscher Erziehungsmethoden hingewiesen. Es wird gezeigt, wie sowohl Verwöhnung (namentlich von Einzelkindern, Erstgeborenen oder Nesthäkchen) diese Trotz-

reaktionen provozieren kann, als auch anderseits eine Überspitzung des Autoritätsprinzipes und besonders das Strafen im Affekt. Die Nahrungsaufnahme und die Ausscheidung der Stoffwechselprodukte des Kindes sollen nicht unter allzu ängstlicher und ständiger Überwachung von seiten der Mutter vor sich gehen, damit das Kind sich nicht als Mittelpunkt eines wehevollen Zeremoniells empfindet. Die Auffassung, wonach das Absetzen der Stoffwechselprodukte für das Kleinkind die Bedeutung einer Gunstbezeugung gegenüber der Umwelt, meist der Mutter als erstem Liebesobjekt, haben kann, mag auf den ersten Blick sonderbar anmuten. Sie wird aber verständlich, wenn wir der Tatsache eingedenk sind, daß z. B. der Darminhalt noch vom Säugling als Bestandteil seines Körpers empfunden und behandelt wird. Dadurch wird die Absetzung des Exkrementes für den Säugling zu einer Leistung, die den Charakter eines «Geschenk» erhält. Befindet sich das Kind in einer Trotzeinstellung seiner Umgebung gegenüber, so verweigert es ihr diese Gunst und wird so zum pluriorifizierten, in diesem Falle zum «anal Schmol» im Sinne *Glanzmanns* (vgl. hierzu *Freud*, Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, II. Die infantile Sexualität, Ges. Werke, Imago Publishing Co. Ltd., London, 1942, S. 87). In diesem Zusammenhang sei auch auf die bedeutende Rolle der Analgegend als erogene Reizzone hingewiesen. Die Retention des Darminhaltes dient demnach primär dem Lustgewinn, den sich das Kind durch das Absetzen angehäufter Stuhlmassen, d. h. durch den dadurch ausgelösten starken Schleimhautreiz, verschafft. Es ist ein Charakteristikum des «anal Schmol», die Absetzung seiner Exkremente nicht dann vorzunehmen, wenn es seine Umwelt von ihm fordert, sondern dieses Geschäft zum Zwecke des Lustgewinnes hinauszuschieben.

Es sei nur kurz gestreift, daß das hier im Zusammenhang mit der analen Zone Ausgeführte auch für die urethrale weitgehend Gültigkeit besitzt. Die Reize, denen diese urethrale erogene Zone beim Säugling schon durch Sekrete, Körperpflege, Entzündungen usw. ständig ausgesetzt ist, prädestinieren diese Zone wohl zu der Bedeutung, die sie später für das Geschlechtsleben des reifen Individuums erlangt.

Das Studium der bei uns zur Beobachtung gelangten Fälle ergibt nun, daß in 6 von 8 derselben das Symptom des Mutismus an dasjenige des nächtlichen Bettnässens (*Enuresis nocturna*) gebunden ist. Ungleich viel seltener gesellt sich dazu das Symptom des Schmierens. Statt des von *Glanzmann* beschriebenen Syndroms Mutismus, Urinretention, willkürliche Stuhlverhaltung, also des klassischen Bildes des pluriorifizierten Schmol, präsentiert sich uns das Syndrom: Mutismus, *Enuresis*, eventuell Schmierens. Da aber das Nässen und Schmierens im selben Maße wie die Urin- und Stuhlretention dem Ausdruck einer kindlichen Trotzeinstellung dienen kann und jene Verhaltensweisen wie diese mit im weiteren Sinne sexuellem Lust-

gewinn, d. h. prägenitaler Triebbefriedigung, legiert sind, halten wir dafür, daß der Mutist, den wir als «oralen Schmoller» bezeichnen wollen, beide aufgezeigten Möglichkeiten zur Verfügung hat, urethral, bzw. anal zu «schmollen». Wir meinen also, daß auch unsere Mutisten, die das Syndrom Mutismus, Enuresis nocturna, eventuell Schmierern aufweisen, zu Recht pluriorifizielle Schmoller genannt werden dürfen.

Auf der relativ leichten Beeinflußbarkeit der Symptome einer Kinderneurose durch die Umwelt beruhen die schönen Erfolge, die bereits durch einen geeigneten Milieuwechsel erzielt werden. Ergänzt muß diese meist notwendige Maßnahme werden durch aufklärende, eventuell psychotherapeutische Beeinflussung der die bisherige Umgebung des Patienten bildenden Personen, vor allem der Eltern, zu denen das Kind zu gegebener Zeit ja wieder zurückkehren wird. Da der neurotische Mutismus Ausdruck einer neurotischen Entwicklung ist, kann die geeignete Therapie nur in der Behandlung der Neurose bestehen. Sprachheilpädagogische Maßnahmen ergänzen und unterstützen die psychotherapeutischen Bemühungen.

Es wäre wünschenswert, daß in Zukunft bei der Aufnahme von Anamnesen Mutistischer der Erforschung der hereditären Verhältnisse mehr Gewicht beigemessen würde, da die Rolle, die die erbliche Belastung bei der Entstehung eines Mutismus spielt, noch nahezu unabgeklärt ist. Volle Aufmerksamkeit muß, neben den allgemeinen Milieufaktoren, speziell auch der bisherigen Erziehung des Kindes zugewendet werden. Nur zu oft liegt hier der Keim zur späteren Fehlentwicklung. Eine allzu ängstlich-besorgte und verzärtelnde Erziehungsweise hindert eine gesunde Entwicklung und führt gleichermaßen zur Lebensuntüchtigkeit, wie eine das Kind in erbitterten Widerstand und Trotz gegen die Erwachsenenwelt treibende lieblose Erziehung, die mit Unterdrückung und Einschüchterung ihre Zwecke zu erreichen sucht. Es soll des weitern nicht nur, wie dies bis anhin oft in einseitiger Weise der Fall war, die intellektuelle Wesensseite des Schweigers geprüft werden, sondern auch das Gefühls- und Triebleben. Ferner ist immer eine genaue körperliche (auch neurologische) Untersuchung angezeigt. Von besonderer Wichtigkeit nach unserer Auffassung ist in jedem Fall, wo ein neurotischer Mutismus vorliegt, die Aufdeckung und Erfassung der bestehenden Neurose als Ganzes. Nur aus dieser ganzheitlichen Betrachtungsweise heraus ist das richtige Verständnis des Mutismus als neurotisches Symptom gewährleistet und somit der Weg zu einer sinnvollen kausalen Therapie gewiesen.

Zur Aufspürung der pathogenen neuroseschaffenden Faktoren stehen uns heute zahlreiche wohlausgearbeitete Testverfahren, z. B. Spiel- und Zeichentests, zur Verfügung. Die Erkenntnisse und Methodik der Kinderanalyse stellen, vom Facharzt angewandt, wertvolle Hilfsmittel dar und erlauben uns, diesen an sich und der Umwelt leidenden Kindern Hilfe zu leisten,

bevor sie sich zu weit schwerer beeinflussbaren erwachsenen Charakterneurotikern entwickelt haben.

Zusammenfassung. Nach Zusammenfassung der vorliegenden, hauptsächlich deutschsprachigen Literatur über Mutismus gelangen in dieser Arbeit vier neue Fälle aus der psychiatrischen Poliklinik für Kinder und Jugendliche, Zurich, und der Beobachtungsstation «Brüschhalde» zur eingehenden Durcharbeitung, Deutung und anschließenden Nachuntersuchung. Die gewonnenen Resultate werden mit denjenigen von *Weber* verglichen.

Besonderes Interesse galt der Brauchbarkeit der von letzterem neu geschaffenen Einteilung in einen einfach-reaktiven Mutismus im Sinne einer stuporösen Reaktion auf ein Schreck- oder Angsterlebnis und einen neurotischen Mutismus als Symptom einer Psychose. Wir gelangten zu dem Ergebnis, daß *Webers* Vorschlag, der der heutigen psychiatrischen Anschauungsweise gerecht wird, ein wesentlicher Fortschritt in Diagnostik und Beurteilung dieser Krankheitsbilder bedeutet und volle Unterstützung verdient.

Elektive oder totale Erscheinungsform des Mutismus erkannten wir als nur graduell verschiedene Entwicklungsstufen des neurotischen Symptoms.

Ferner wird dargetan, auf welche Faktoren (Heredität, Erziehung, Triebkonstitution usw.) bei künftigen Untersuchungen solcher Fälle ein besonderes Augenmerk zu richten sein wird.

Heilpädagogische Maßnahmen stellen wohl unter Umständen ein wertvolles Hilfsmittel dar. Aus der Erkenntnis der eigentlichen Natur dieser Affektionen erhellt jedoch, daß, nach unserer Auffassung, als kausale Therapie nur die Behandlung der regelmäßig nachweisbaren Psychoneurose in Frage kommt.

Literaturverzeichnis

- 1 *Bally, G.*: Ein Fall von traumatischem Mutismus. Z. Kinderpsychiatr. H. 1, 1936.
- 2 *Spieler, J.*: Schweigende und sprachscheue Kinder. Otto Walter AG, Olten, 1944.
- 3 *Tramer, M.*: Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie, 2. Aufl. Benno Schwabe & Co., Basel, 1945.
- 4 *Weber, A.*: Zum elektiven Mutismus der Kinder. Z. Kinderpsychiatr. 17. Jg., Nr. 1, 1950.
- 5 *Kussmaul, A.*: Die Störungen der Sprache. 1. Aufl. 1877, Kap. 33 u. 31, S. 211.
- 6 *Gutzmann*: Vorlesungen über Störungen der Sprache und ihre Heilung. 1893, S. 270.
- 7 *Trueppner*: Ein Knabe mit Sprechhemmungen auf psychopathischer Grundlage. Z. Kinderfehler 2. Jg, 1897, Nr. 5, S. 138.
- 8 *Liebmann*: Vorlesungen über Sprachstörungen. 1898, H. 1/2, S. 29f.
- 9 *Stern, H.*: Vortrag über die verschiedenen Formen der Stummheit, gehalten an der 81. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Salzburg am 22. Sept. 1909. Wien. med. Wschr. 60. Jg., S. 923 (1910).
- 10 *Nadoleczny*: Lehrbuch der Sprach- und Stimmheilkunde. 1. Aufl. 1912, S. 534.
- 11 *Froeschels, E.*: Stimme und Sprache in der Heilpädagogik. 1926, S. 58f.
- 12 *Kistler, K.*: Ein bemerkenswerter Fall von freiwilligem Schweigen im Kindesalter. Z. Kinderforsch. 33, 3 (1927).
- 13 *Heuyer und Mengenstern*: Un cas de mutisme chez un enfant myopathique ancien convulsif. Guérison du mutisme par la psychanalyse. L'Encéphale 22e année, p. 478ff. (1927).
- 14 *Rothe, K. C.*: Sprachscheue Kinder. Mschr. Ohrenhk usw. (Ö.) 1928, S. 904ff.
- 15 *Heinze, H.*: Freiwillig schweigende Kinder. Z. Kinderforsch. 40, 235 (1932).
- 16 *Lesch, E.*: Über einen Fall von freiwilligem Schweigen. Bericht über die 4. Versammlung der Dtsch. Ges. Sprach- u. Stimmhk. 1934, S. 67ff.
Ziehen: ebd.

- 17 *Tramer, M.*: Elektiver Mutismus bei Kindern. Z. Kinderpsychiatr. 1. Jg., H. 1, S. 30 (1934).
- 18 *Bally, G.*: Ein Fall von traumatischem Mutismus. Z. Kinderpsychiatr. H. 1, S. 23 (1936).
- 19 *Waterink und Vedder*: Quelques cas de mutisme thymogénique chez des enfants très jeunes et leur traitement. Z. Kinderpsychiatr. 3. Jg., S. 101 (1936).
- 20 *Spieler, J.*: Schweigende und sprachscheue Kinder. Otto Walter AG, Olten, 1944.
- 21 *Tramer, M.*: Lehrbuch der allgemeinen Kinderspsychiatrie. Benno Schwabe & Co., Basel. 2. Aufl., 1945, S. 318/445.
- 22 *Weber, A.*: Zum elektiven Mutismus der Kinder. Z. Kinderpsychiatr. 17. Jg., Nr. 1, S. 1 (1950).
- 23 *Tramer, M.*: Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie. Benno Schwabe & Co., Basel, 2. Aufl., S. 73.
- 24 *Chadwick, M.*: Die Unterscheidung zwischen Ton und Sprache in der frühen Kindheit. Z. psychoanalyt. Pädagog. 2. Jg., H. 11/12, S. 369 (1928).
- 25 *Delacroix, J.* Psychol. 21, p. 1.
- 26 *Kenyeres, E.*: Die ersten Worte des Kindes. Arch. Psychol. Februar 1927.
- 27 *Smith, F.*: Bilingualism and Mental Development. Brit. J. Psychol. Januar 1923.
- 28 *Weber, A.*: Zum elektiven Mutismus der Kinder. Z. Kinderpsychiatr. 17. Jg., Nr. 1 (1950).
- 29 *Heuyer und Morgenstern*: L'Encéphale 22, 478 (1927).
- 30 *Weber, A.*: Zum elektiven Mutismus der Kinder. Z. Kinderpsychiatr. 1, 11 (1950).
- 31 *Spieler, J.*: Schweigende und sprachscheue Kinder. Otto Walter AG, Olten, 1944, S. 73.
- 32 *Tramer, M.*: Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie. Benno Schwabe & Co., Basel, 1945, S. 321.
- 33 *Weber, A.*: Zum elektiven Mutismus der Kinder. Z. Kinderpsychiatr. 1, 12 (1950).
- 34 *Brun, R.*: Allgemeine Neurosenlehre. Benno Schwabe & Co., Basel, 2. Aufl. 1946, S. 128.
- 35 *Brun, R.*: Allgemeine Neurosenlehre. Benno Schwabe & Co., Basel, 2. Aufl. 1946, S. 127.
- 36 *Spieler, J.*: Schweigende und sprachscheue Kinder. Otto Walter AG, Olten 1944, S. 87.
- 37 *Brun, R.*: Allgemeine Neurosenlehre. Benno Schwabe & Co., Basel, 2. Aufl. 1946, S. 127.
- 38 *Glanzmann, E.*: Psychologie des gesunden und des kranken Kindes. Lehrbuch der Pädiatrie, hrsg. von G. Fanconi und A. Wallgren. Benno Schwabe & Co., Basel 1950, S. 66.

Curriculum vitae

Am 2. August 1920 wurde ich als Sohn des Jakob Misch, Kaufmann, und der Berta geb. Meier, als Bürger von Zürich geboren. In meiner Geburtsstadt besuchte ich die ersten 6 Primarklassen, 2 Jahre Kant. Gymnasium und 1 Jahr Kant. Handelsschule. Anschließend trat ich am 6. April 1936 in eine kaufmännische Lehre in der Textilbranche und bestand am 5. Oktober 1938 die kaufmännische Lehrabschlußprüfung in Zürich. Zur Vervollständigung meiner kaufmännischen Ausbildung arbeitete ich hierauf je ein halbes Jahr als Volontär in den Firmen Ménagère S.A., Lausanne, und Grands Magasins Aux Armourins, Neuchâtel, wonach ich am 2. Januar 1940 zur Rekrutenschule eingezogen wurde. Nachdem ich darauf noch ein halbes Jahr in der Fa. Ing. W. Oertli, Zürich, als kaufmännischer Angestellter tätig war, besuchte ich vom Dezember 1941 bis Januar 1944 das Institut Minerva, Zürich, zwecks Vorbereitung auf die Eidg. Maturitätsprüfung, welche ich am 15. April 1944 in Bern bestand. In der Folge studierte ich in Zürich Medizin und legte im Juli 1945 die Naturwissenschaftliche und im März 1947 die Anatomisch-physiologische Prüfung für Ärzte ab. Im Sommer 1948 absolvierte ich ein 3monatiges Praktikum an der med. Abteilung des Kantonsspitals Winterthur und im Sommer 1949 ein solches in der Bündner Heilstätte, Arosa, und bestand am 1. Juni 1951 in Zürich die ärztliche Fachprüfung.

